UMCS

UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ
W LUBLINIE

Wydział Pedagogiki i Psychologii

Kierunek: Pedagogika

mgr Katarzyna Skalska

nr albumu: 983895

Postrzeganie własnej autonomii a zasoby radzenia sobie u studentów z niepełnosprawnością ruchową

Praca doktorska

napisana w Katedrze Metodologii Nauk Pedagogicznych

pod kierunkiem dr hab. Stanisławy Byry, prof. UMCS

Lublin 2020

Pragnę serdecznie podziękować
mojej promotor
Pani dr hab. Stanisławie Byrze, prof. UMCS
za opiekę naukową

Mężowi i Najbliższym
za nieustanne wsparcie

Pracę dedykuję
studentom z niepełnosprawnością
i każdej osobie podejmującej trud
czynienia świata lepszym miejscem
dla drugiego człowieka

Spis treści

Wstęp

Kształcenie osób z niepełnosprawnością w ramach edukacji wyższej jest wynikiem procesów integracji i inkluzji mających na celu włączenie uczniów z niepełnosprawnością w nurt masowej edukacji, a także wzrostu aspiracji edukacyjnych w polskim społeczeństwie. Podniesienie poziomu wykształcenia osób z niepełnosprawnością jest zjawiskiem konstruktywnym, ponieważ wiąże się z lepszym przygotowaniem do funkcjonowania w globalnym społeczeństwie zróżnicowanym kulturowo, a jednocześnie wymagającym wzrostu poczucia obywatelskiej odpowiedzialności (B. J. Glimps, 2008, s. 7). Dlatego w edukacji dorosłych osób z niepełnosprawnością szczególnego znaczenia nabiera zrozumienie, w jaki sposób niepełnosprawność ma charakter biomedyczny stawiający studenta z jednej strony w sytuacji niepewności, zaś z drugiej jest doświadczeniem prowadzącym do nowych efektów uczenia się opartego o działania na rzecz samostanowienia i autonomii, co w konsekwencji przyczynia się do zwiększania u osoby z niepełnosprawnością odpowiedzialności za siebie i własne otoczenie (M. A. Clark, 2006, s. 312).

Zagadnienie autonomii jest również głęboko wpisane w tradycję kształcenia akademickiego, opierającą się przede wszystkim na pielęgnowaniu kompetencji intelektualnych. Rozwój intelektualny w okresie studiów poza wymiernymi korzyściami związanymi z rynkiem pracy przyczynia się także do rozwoju osobowego studenta, a tym samym do rozwoju potrzeby autonomii i podmiotowości. Podobnie pedagogika specjalna stawia autonomię i podmiotowość osoby z niepełnosprawnością jako cel działań rehabilitacyjnych, wychowawczych i edukacyjnych (M. Kupisiewicz, 2013, s. 36). Twórczyni pedagogiki specjalnej w Polsce – M. Grzegorzewska (1988, s. 24) wyraziła znaczenie godności, podmiotowości i autonomii osoby z niepełnosprawnością w zdaniu „… o charakterze pracy i wartości wychowawczej zadecyduje zawsze to, kim jest on jako człowiek, jaka jest jego wartość wewnętrzna…”. Pojęcie autonomii osób z niepełnosprawnością jest systematycznie poddawane analizie w zmieniających się warunkach i wymaganiach społecznych, a wraz z rozwojem pedagogiki specjalnej, jest ono szczególnie rozważane w kontekście emancypacji osób z niepełnosprawnością (W. Dykcik, 1996; B. Szczupał, 2009; A. Krause, 2011; D. Podgórska-Jachnik, 2013, 2018; J. Głodkowska, 2014).

Badanie autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową poza przesłankami teoretycznymi, a także wymaganiami edukacyjnymi jest dodatkowo istotne z punktu widzenia zmian społecznych, związanych z edukacją wyższą osób z niepełnosprawnością. Dzięki niej mogą się oni pojawiać w nowych kontekstach społecznych i zawodowych, a tym samym wnosić coraz większy wkład w życie społeczne, aktywnie przyczyniając się do zmiany wizerunku osoby z niepełnosprawnością. Natomiast podstawą aktywności i uczestnictwa społecznego są autonomia i podmiotowość, które rozwinięte w trakcie zdobywania wykształcenia wyższego zmniejszają ryzyko „niedokończonej emancypacji", czyli ograniczenia społecznego uczestnictwa absolwentów z niepełnosprawnością po zakończeniu studiów, tylko do sfery życia prywatnego (E. Giermanowska i in., 2015, s. 7).

W niniejszym projekcie badawczym autonomię osoby z niepełnosprawnością stanowi autonomia decyzyjna, wyrażająca się w zdolności do określania własnych planów i podejmowania w oparciu o nie decyzji, jak również autonomia wykonawcza rozumiana jako zdolność do działania (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 972). Studenci z niepełnosprawnością ruchową subiektywnie oceniali własną autonomię i funkcjonowanie w zakresie uczestnictwa społecznego, dlatego w zaprezentowanej pracy zostało poddane analizie postrzeganie autonomii, które może różnić się od oceny specjalistów. Postrzeganie autonomii wpisuje się w subiektywną koncepcję niepełnosprawności opartą o wyobrażenia, wiedzę i odczucia badanych w zakresie funkcjonowania własnego organizmu (G. Bręczewski, 2018, s. 29).

Cel badawczy pracy został osadzony w paradygmacie biopsychospołecznym, który zakłada, że funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością jest zależne zarówno od uwarunkowań środowiskowych, jak i podmiotowych. Do tych ostatnich zalicza się system wewnętrznej regulacji jednostki, który odpowiada za zdolności adaptacyjne jednostki do warunków środowiskowych (A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wilmowska-Pietruszyńska, 2015, s. 13).

Celem pracy jest więc określenie charakteru zależności pomiędzy postrzeganiem autonomii a zasobami radzenia sobie u studentów z niepełnosprawnością ruchową. Pojęcie zasobów radzenia sobie jest związane z terminem „radzenie sobie", który pojawił się w literaturze przedmiotu w latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku (I. Heszen-Niejodek, 2000, s. 476). Był on kontynuacją badań nad stresem psychologicznym przyczyniając się do rozwijania teorii zasobów w kontekście założeń dotyczących funkcjonowania człowieka, a także wzbogacenia perspektywy badawczej

nad relacją człowieka ze środowiskiem o czynniki podmiotowe. Osoba z niepełnosprawnością ruchową narażona jest na konfrontację z układem czynników środowiska życia, które mogą powodować obciążenie przekraczające zasoby studenta, co w rezultacie może prowadzić do odczuwania stresu w zakresie fizycznego, psychicznego i społecznego funkcjonowania (M. Parchomiuk, 2010, s. 16). W wyniku analizy problematyki z zakresu autonomii osób z niepełnosprawnością wyodrębnione zostały zasoby radzenia sobie, które mogą sprzyjać postrzeganiu autonomii tj.: samoocena, przekonanie o własnej skuteczności, nadzieja podstawowa oraz wsparcie społeczne.

Główny problem badawczy niniejszej pracy został sformułowany następująco: Czy istnieje, a jeśli tak, to jaka jest zależność między postrzeganiem własnej autonomii a zasobami radzenia sobie u studentów z niepełnosprawnością ruchową? W celu udzielenia na niego odpowiedzi poszerzającej wiedzę na temat postrzegania autonomii i zasobów radzenia sobie u studentów z niepełnosprawnością ruchową zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano narzędzia badawcze spełniające kryterium trafności, rzetelności i obiektywności. Badania o charakterze ilościowym miały tę zaletę, że pozwoliły dotrzeć do studentów z niepełnosprawnością ruchową w różnych ośrodkach akademickich, na terenie całego kraju. Badani studenci z niepełnosprawnością ruchową zostali podzieleni na dwie grupy: studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą, co pozwoliło na dokładniejsze poznanie znaczenia rodzaju doświadczanej niepełnosprawności dla postrzegania autonomii, a także poziomu zasobów radzenia sobie.

W ramach badań została przeprowadzona diagnoza postrzegania autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową, a także strategii i zasobów radzenia sobie w postaci samooceny, poczucia własnej skuteczności, nadziei podstawowej (zasoby wewnętrzne) i wsparcia społecznego (zasoby zewnętrzne), zaś w celu określenia wkładu zmiennych niezależnych (strategie radzenia sobie, zasoby radzenia sobie) w wyjaśnianie poszczególnych wymiarów postrzegania autonomii wykorzystano krokową postępującą analizę regresji. Natomiast by sprawdzić znaczenie zmiennej pośredniczącej (akceptacji niepełnosprawności), w ustalaniu charakteru zależności między poszczególnymi zasobami radzenia sobie, a postrzeganiem autonomii zastosowano analizę kanoniczną dla całej grupy badanych studentów.

Podział treści w niniejszej rozprawie wynika z jej tematyki, a także próby znalezienia odpowiedzi na główny problem badawczy pracy. Praca składa się z ośmiu rozdziałów.

Rozdział pierwszy dotyczy kwestii związanych ze studiowaniem osób z niepełnosprawnością. Studiowanie przypada na okres wczesnej dorosłości, dlatego przedstawiona została charakterystyka tego etapu rozwojowego, jako mającego znaczenie dla pełnienia roli studenta przez osoby z niepełnosprawnością ruchową. Obraz studiowania osób z niepełnosprawnością dopełnia opis psychospołecznego funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością wraz z barierami i działaniami mającymi na celu zwiększenie ich dostępu do edukacji wyższej.

W rozdziale drugim została szczegółowo przeanalizowana autonomia w kontekście niepełnosprawności ruchowej. Autonomia jest pojęciem niejednoznacznym i wielowymiarowym, które jest rozwijane w różnych dyscyplinach naukowych, począwszy od filozofii, poprzez psychologię i socjologię, a kończąc na pedagogice i pedagogice specjalnej. Każda z tych dyscyplin rozwija pojęcie autonomii za pomocą własnych narzędzi badawczych, a także zgodnie z przyjętymi w niej zasadami. Analiza tego pojęcia w ujęciu różnych dyscyplin naukowych pozwala dostrzec jego interdyscyplinarny charakter, a także jego związek z pojęciami uniwersalnymi, takimi jak wolność i godność człowieka. Zwieńczenie rozdziału stanowi analiza czynników podmiotowych i środowiskowych biorących udział w wyjaśnianiu autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową.

W rozdziale trzecim została przedstawiona rola zasobów radzenia sobie w zachowaniu przez jednostkę dobrostanu, a także radzenia sobie ze stresem. Ze względu na cel badawczy pracy szczegółowej analizie zostały poddane zasoby radzenia sobie, które mogą sprzyjać postrzeganiu autonomii tj.: samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa oraz wsparcie społeczne. Obok charakterystyki zasobów zaprezentowano również wyniki badań dotyczące zasobów radzenia sobie u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Rozdział czwarty jest rozdziałem metodologicznym, dlatego zostały w nim dokładnie omówione założenia badawcze pracy, szczególnie został sprecyzowany cel badań, problemy badawcze, a także hipotezy badawcze wraz z uzasadnieniem. W tym rozdziale znajdują się również: charakterystyka badanej próby, omówienie zastosowanych narzędzi badawczych wraz ze sprawozdaniem z organizacji i przebiegu badań.

W piątym rozdziale znajduje się opis wyników empirycznych stanowiących diagnozę w zakresie postrzegania autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową w następujących wymiarach: mobilnym, pielęgnacyjnym, rodzinnym, finansowym, czasu wolnego, towarzysko-interpersonalnym, pracy zawodowej i nauki, oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. W tej części pracy została zaprezentowana również diagnoza strategii radzenia sobie, a także zasobów radzenia sobie badanych.

W rozdziale szóstym szczegółowej analizie została poddana zależność między postrzeganiem autonomii a zasobami radzenia sobie u badanych studentów z niepełnosprawnością. Określono ponadto wkład poszczególnych zmiennych niezależnych (strategie radzenia sobie, zasoby radzenia sobie) w postrzeganie uwzględnionych wymiarów autonomii.

Rozdział siódmy porusza rolę akceptacji niepełnosprawności stanowiącej subiektywny element obrazu niepełnosprawności w ustaleniu zależności pomiędzy zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u badanych studentów z niepełnosprawnością. W tym rozdziale dokonano diagnozy akceptacji niepełnosprawności u badanych studentów, jak również określenia jej związków z postrzeganiem autonomii i z zasobami radzenia sobie u badanych.

Ostatni rozdział pracy stanowi podsumowanie wyników badań, a także ich dyskusję z ustaleniami innych badaczy. W oparciu o wyniki badań został zaproponowany model działań, którego zastosowanie może przyczynić się do rozwoju autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową w środowisku akademickim. W rozdziale tym zostały również wskazane obszary w zakresie dalszych, pogłębionych badań nad autonomią studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Uzyskane odpowiedzi na postawiony problem badawczy niniejszej pracy mogą przyczynić się do poszerzenia wiedzy o funkcjonowaniu studentów z niepełnosprawnością ruchową w środowisku akademickim, szczególnie w zakresie jego subiektywnej oceny. Natomiast w wymiarze praktycznym mogą pozwolić na udoskonalenie metod pracy rozwijających autonomię i podmiotowość studentów z niepełnosprawnością ruchową, a tym samym przyczynić się do kształtowania dojrzałych osobowości, charakteryzujących się wrażliwością na wartości, jak również stanowiących zwieńczenie wysiłków wychowawczych i edukacyjnych (J. Lach-Rosocha, 2004, s. 250).

W końcowej części pracy znajduje się literatura, spis tabel oraz aneks wraz z zastosowanymi narzędziami badawczymi.

Rozdział I
Studiowanie osób z niepełnosprawnością na tle okresu wczesnej dorosłości

Zmiany społeczne związane z odchodzeniem od indywidualnego modelu niepełnosprawności, szczególnie w zakresie rozumienia relacji pomiędzy osobą z niepełnosprawnością a środowiskiem, przyczyniają się do powstawania nowych pytań związanych z funkcjonowaniem osób z niepełnosprawnością (S. Byra, 2012, s. 22). Istotnym staje się zwłaszcza pytanie o autonomię, podmiotowość oraz samodzielność dorosłych osób z niepełnosprawnością, gdyż mogą one stać się podstawą budowania satysfakcjonujących relacji pomiędzy osobami z niepełnosprawnością i pełnosprawnymi (R. Kijak, 2012, s. 8). Zadaniem społeczeństwa jest włączenie osób z niepełnosprawnością do głównego nurtu życia społecznego w oparciu o zasady powszechności, wszechstronności, znormalizowania i równości (R. Kijak, 2012, s. 8). Dzięki nowemu spojrzeniu na organizację życia społecznego osoby z niepełnosprawnością mogą korzystać z pełni praw człowieka, a także zwiększać własną aktywność w obszarach dostępnych wcześniej tylko dla osób pełnosprawnych (S. Byra, 2012, s. 23). Widocznym efektem zmian zachodzących w życiu społecznym w obrębie korzystania przez osoby z niepełnosprawnością ze swoich praw jest kontynuacja edukacji na poziomie wyższym. Edukacja jako aktywność człowieka daje możliwość doświadczania i realizacji swojej dorosłości (E. Dubas, 2005, s. 53). To dzięki niej osoby z niepełnosprawnością poprzez zdobycie wykształcenia i kwalifikacji zawodowych mogą sobie zapewnić właściwe miejsce w społeczeństwie, a także przełamywać bariery psychospołeczne (B. Gąciarz, 2007, s. 171).

Studiowanie nabrało szczególnego znaczenia w kulturze zachodnioeuropejskiej, w której dominuje przekonanie, że młody człowiek tworzy i kreuje własną tożsamość, w oparciu o wybór wzorców kulturowych niosących niezależność (W. Zagórska i in., 2012, s. 26). Dlatego w rozdziale tym zostaną zaprezentowane treści, które dotyczą charakterystyki okresu wczesnej dorosłości i jej uwarunkowań związanych z niepełnosprawnością, jak również procesu studiowania, ze szczególnym uwzględnieniem studentów z niepełnosprawnością ruchową. Ich dodatkowe potrzeby w procesie studiowania wynikają z niepełnosprawności, a także jej konsekwencji w obszarze psychospołecznego funkcjonowania w środowisku akademickim. Dlatego

w problematyce studiowania osób z niepełnosprawnością zgodnie z postulatem „stworzenia warunków adekwatnych do ich potrzeb” (T. Cierpiałowska, 2009, s. 185) najpierw zostaną zaprezentowane treści dotyczące potrzeb i psychospołecznego przystosowania studentów z niepełnosprawnością, a następnie charakterystyka środowiska akademickiego w kontekście kreowania sytuacji wyrównującej szanse edukacyjne tej grupy studentów.

1.1. Charakterystyka okresu wczesnej dorosłości

Dorosłość w literaturze przedmiotu jest rozpatrywana za pomocą różnych kategorii pojęć: dojrzałości, procesu stawania się dojrzałym, statusu metrykalnego i społecznego (K. D. Rzedzicka, 2003, s. 97). Definicje dorosłości zmieniają się w zależności od okresu, w którym były formułowane. Wyobrażenia na temat biegu życia ludzkiego mają pochodzenie kulturowe, w ich ramach tworzone są normy dla różnych okresów rozwojowych. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku Z. Pietrasiński (1990, s. 80) definiował dorosłość jako „usamodzielnienie się materialne i emocjonalne, co znajduje wyraz w opuszczeniu domu rodzicielskiego, podjęciu pracy i założeniu własnej rodziny”. Natomiast współcześni badacze zwracają również uwagę na subiektywne wskaźniki dorosłości (J.J. Arnett 2000; 2004; 2006; A. Brzezińska i in., 2012; W. Zagórska i in., 2012; K. Piotrowski 2013), których rola jest szczególnie podkreślana w teorii wyłaniającej się dorosłości.

Dorosłość jest również definiowana w zależności od społeczeństwa, w którym jej członkowie mają ją osiągnąć. W społeczeństwach tradycyjnych wejście w dorosłość jest oparte na rytuale, którym jest zawarcie małżeństwa. Natomiast w społeczeństwach postindustrialnych jest to stopniowy proces zyskiwania samodzielności, który odbywa się w wymiarach: zawodowym, finansowym i społecznym. Głównymi kryteriami dorosłości są samodzielność i niezależność w podejmowaniu decyzji (W. Zagórska i in., 2012, s. 23). Dorosłość to długi okres życia człowieka, który się dzieli na okres dorosłości wczesnej, średniej i późnej (A. Brzezińska, 2002, s. 16). Każdy z tych etapów ma swoją specyfikę, która wiąże się z innymi zadaniami do wykonania przez jednostkę, ale w tym czasie następuje także indywidualizacja zaspokajania potrzeb. Okres wczesnej dorosłości obejmuje okres życia człowieka od 20.-23. roku życia do 35.-40. roku życia (B. Harwas-Napierała, 2012, s. 13, E. Gurba, 2013, s. 202).

W okresie wczesnej dorosłości ludzie osiągają maksymalny poziom funkcjonowania fizycznego i poznawczego, który przejawia się większą tkanką mięśniową, większą masą mózgu, lepszymi zdolnościami sensorycznymi i większą skutecznością układu odpornościowego (H. Bee, 2004, s. 430). Jest to również etap, w którym szczególnego znaczenia nabiera zdobywanie kompetencji, umacnianie własnej pozycji, rywalizacja, nawiązywanie oraz utrwalanie związków osobistych (P. Oleś, 2011, s. 21). Zadania dla okresu wczesnej dorosłości według P. Olesia (2011, s. 21) to: określenie kierunku własnego życia, sformułowanie dążeń życiowych na następne 10-20 lat, zdolność do zbudowania trwałego związku, a także poczucie odpowiedzialności za siebie i innych, niezależność emocjonalna od rodziców i wolność wyboru, która pozwala na spełnienie pragnień i dążeń.

Współcześnie bardzo wysoko ceniony jest okres młodości, co w konsekwencji może wpływać na osłabienie dążeń jednostki do osiągnięcia statusu człowieka dorosłego (M. Tyszkowa, 2010, s. 163). W praktyce społecznej młode osoby dojrzałe w sensie biologicznym mogą mieć utrudniony dostęp do statusu dorosłego (E. Czerka, 2007, s. 50), co wynika z trudności w realizacji celów rozwojowych przypisanych na okres dorosłości. Dorosłość w społeczeństwach ponowoczesnych staje się coraz trudniejsza do przewidzenia, co wiąże się ze zmiennością i odwracalnością procesów związanych z usamodzielnianiem się młodych ludzi. Osoba dorosła staje się podmiotem wyznaczającym cele i wartości własnego rozwoju (A. Wąsiński, 2015, s. 82), a jednocześnie badacze stawiają pytanie o wyznaczniki bycia osobą dorosłą. W tym kontekście o dorosłości zaczynają stanowić również subiektywne aspekty świadczące o jej osiągnięciu: poczucie bycia dorosłym i dojrzałość psychiczna. Człowiek dorosły jest istotą rozwijającą się, a jego dorosłość ma charakter wielowymiarowy.

Na gruncie pedagogicznym dorosłość jest odczytywana przez pryzmat paradygmatów, które przypisują jej różne znaczenie:

- paradygmat auksologiczny, który podkreśla, że rozwój człowieka trwa przez cały okres jego życia. Dorosłość jest postrzegana jako struktura stająca się, a tym samym dynamiczna i niegotowa;
- paradygmat aksjologiczny, w którym dorosłość jest definiowana jako dojrzałość w aspekcie egzystencjalnym (jednym z jej wskaźników są wewnętrzna harmonia i życiowa mądrość), psychologicznym (wyrażająca się w wolności i podmiotowości jednostki, zdolności do wyrażania siebie, a także w realizacji zadań rozwojowych),

socjologicznym (przejawia się ona w kompetencjach społecznych jednostki, a tym samym zdolności do wypełnienia życiowych zadań i ról społecznych, komunikowania się z innymi, a także tworzenia wspólnoty osób);

- paradygmat socjologiczny, w którym dorosłość wyraża się poprzez obiektywny stan społecznego funkcjonowania człowieka, zgodny z oczekiwaniami społecznymi w określonej konwencji społecznej wobec osiągniętego przez jednostkę wieku kalendarzowego;
- paradygmat biograficzny, który oznacza rozwinięte kompetencje jednostki w zakresie umiejętności uczenia się z własnych doświadczeń, tak by wspierały one jej rozwój;
- paradygmat edukacyjny, w którym istotną rolę odgrywa proces własnej aktywności edukacyjnej człowieka wyrażającej się w autoedukacji, czyli samokształceniu i samowychowaniu (E. Dubas, 2005, s. 43-50).

Natomiast w psychologii rozwojowej dorosłość jest opisywana przez teorie z perspektywy life-span, które ujmują zmiany rozwojowe w perspektywie całego życia człowieka: E. Eriksona, D. J. Levinsona i R. J. Havighursta. W tych teoriach podkreślane jest znaczenie aktywności własnej jednostki (M. Matuszewska, 2003, s. 27), zaś ich uzupełnieniem jest teoria wyłaniającej się dorosłości (J. J. Arnetta, 2006, s. 10), która akcentuje znaczenie czynników psychiczno-kulturowych w życiu współczesnego człowieka.

Teorią wywodzącą się z nurtu psychoanalitycznego jest epigenetyczna koncepcja E. Eriksona (za: E. Czerka, 2007, s. 23) koncentrująca się na psychospołecznym rozwoju ego. W teorii tej życie ludzkie składa się z poszczególnych stadiów i zakłada, że kolejna faza ma nową jakość, wyrażającą się w zdobyciu kompetencji poprzez rozwiązanie kryzysów, które nie stanowią załamania rozwoju, ale właśnie jego dźwignię. Kryzysy pozwalają na rozwiązanie konfliktu pomiędzy dwiema skrajnymi tendencjami na każdym etapie rozwojowym. Według E. Eriksona (1997, s. 274) podstawowym zadaniem egzystencjalnym okresu wczesnej dorosłości jest osiągnięcie intymności. Polega ona na zdolności do zaangażowania się w związki i wspólnoty, przy jednoczesnym rozwinięciu siły etycznej, która będzie oznaczać umiejętność podejmowania poświęceń i kompromisów. To właśnie zmysł etyczny jest oznaką prawdziwej dorosłości. Przeciwieństwem bliskości jest izolacja, która wiąże się z niezdolnością do dzielenia prawdziwej intymności. Wyraża się ona w potrzebie izolowania się od ludzi, a także w relacjach o charakterze negatywnym, które mogą być zdominowane przez uprzedzenia, odrzucenie oraz walkę ego o własną

tożsamość. Niewyraźnie określona przez młodego człowieka tożsamość może powodować niemożność rozróżniania własnych lęków, marzeń, pragnień od odczuć innych ludzi (E. Gurba, 2013, s. 14). Głównym zadaniem według E. Eriksona (za: A. Brzezińska, 2002, s. 234) jest więc osiągnięcie zdolności do miłości bez utraty poczucia własnej tożsamości. Zdolność ta najpełniej wyraża się w związkach małżeńskich i przyjmowaniu na świat potomstwa, dlatego badacz uważał ten okres życia za najlepszy do zawierania małżeństw (za: E. Gurba, 2013, s. 14).

Drugą koncepcją opisującą okres wczesnej dorosłości jest koncepcja R. J. Havighursta (za: M. Matuszewska, 2003, s. 28) podkreślająca, że funkcjonowanie człowieka we współczesnych społeczeństwach wymaga opanowania serii zadań, zaś najwięcej okazji do uczenia się przypada właśnie na okres wczesnej dorosłości. Dlatego zaproponował on pojęcie zadań rozwojowych, które pojawiają się na każdym etapie rozwoju ontogenetycznego człowieka. Realizacja zadań rozwojowych zależy od kilku czynników: kompetencji nabytych na wcześniejszych etapach rozwojowych, wyzwań płynących z otoczenia społecznego, a także wsparcia udzielanego przez otoczenie społeczne (A. Brzezińska, 2004, s. 237).

Zadania rozwojowe przewidziane do realizacji w okresie wczesnej dorosłości to:
- wybór małżonka,
- założenie rodziny,
- wychowanie dzieci,
- prowadzenie gospodarstwa domowego,
- rozpoczęcie pracy zawodowej,
- przyjmowanie odpowiedzialności obywatelskiej,
- znalezienie pokrewnej grupy społecznej (za: B. Harwas-Napierała, 2012, s. 57).

Wypełnienie tych zadań pozwala na realizację ról społecznych, które również przyczyniają się do rozwoju osobowości. Każda osoba ma specyficzny dla siebie wzór realizowania się w rolach społecznych, ponieważ jest on dostosowany do grupy społecznej, w obrębie której funkcjonuje dana jednostka (E. Czerka, 2007, s. 42). Role społeczne powodują również, że młody dorosły poszerza swoją motywację, a także umiejętności, a tym samym ma szanse stania się ekspertem, poprzez wielość podejmowanych ról, które nie tylko rozwijają osobowość młodego człowieka, ale także przyczyniają się do możliwości stawania się powoli wzorcem dla młodszego pokolenia. Role okresu wczesnej dorosłości sprawowane są przez coraz dłuższe okresy czasu, a tym samym wzrasta w czasie ich pełnienia doświadczenie życiowe, które pomaga

w przygotowaniu własnych dzieci do spełnienia wymagań wynikających z podobnych ról społecznych (B. M. Newman, P. R. Newman, 1984, za: B. Smykowski, 2004, s. 50).

Kolejną koncepcją wyjaśniającą rozwój człowieka w okresie wczesnej dorosłości jest teoria D. J. Levinsona (za: A. Brzezińska, 2004, s. 221), która przedstawia najbardziej szczegółową klasyfikację zmian w życiu człowieka. Autor ten wykorzystał w swojej koncepcji metafory pór roku do określenia sekwencji (ery), w której człowiek tworzy zasadniczy dla danego okresu wzorzec aktywności i relacji z otoczeniem. Wczesna dorosłość obejmuje wiek od 22. do 45. roku życia (J. Furmańska i in, 2019, s. 88). Z uwzględnieniem okresów przejściowych okres ten kształtuje się następująco: okres przejścia do wczesnej dorosłości (od 17. do 22. r. ż), fazę nowicjatu (od 22. do 28. r. ż), w tym okresie powstaje nowa struktura życia, faza pośrednia (od 28. do 33. r. ż), która jest związana z przystosowaniem do nowej struktury, faza kulminacji (od 33. do 44. r. ż) końcowe ustabilizowanie się struktury życia, oraz okres przejścia do średniej dorosłości (od 40. do 45. r. ż) (E. Gurba, 2013, s.205).

Według D. J. Levinsona (za: E. Gurba, 2013, s. 206) młody człowiek w tym okresie doświadcza obok wielu satysfakcji psychicznych, także licznych konfliktów i stresów. Przeżycia te wiążą się z podejmowaniem przez jednostkę nowych ról społecznych, a także ze sprzecznymi obowiązkami z nich płynącymi. Jednym z ważniejszych zadań okresu wczesnej dorosłości jest uformowanie struktury życia, która realizuje się poprzez: poznanie świata dorosłych, ukształtowanie tożsamości osoby dorosłej, rozwijanie zainteresowań i przyswojenie systemu wartości ludzi dorosłych, a także podjęcie kluczowych decyzji w zakresie pracy, małżeństwa i rodziny (Z. Pietrasiński, 1990, s. 82). D. J. Levinson (za: K. Klimkowska, 2010, s. 17) podkreśla rolę mentora w życiu młodego człowieka, który dzięki radom i większemu doświadczeniu życiowemu jest w stanie w znacznym stopniu przyczynić się do realizacji „marzenia życia". Rolą mentora jest udzielnie pomocy materialnej i rzeczowej, a czasami może on również inspirować młodego człowieka. Relacja o charakterze mistrz-uczeń pomimo silnego, pozytywnego ładunku emocjonalnego może ulec osłabieniu lub nawet zerwaniu w wyniku zachodzących zmian rozwojowych w życiu młodego człowieka. Realizacja „marzenia życia" jest ważnym zadaniem rozwojowym w okresie wczesnej dorosłości, ponieważ przyczynia się do wzbogacenia życia, a także pełni rolę sensotwórczą. Celem marzenia jest ukierunkowanie i dynamizowanie działań człowieka (L. Bekier, B. Harwas-Napierała, 2016, s. 145).

Przedstawione teorie opisują uniwersalny kanon cech rozwoju człowieka, zarówno E. Erikson, D. J. Levinson, jak i R. J. Havighurst podkreślają rolę aktywności młodego dorosłego w obszarze życia osobistego i rodzinnego, zaś dwaj ostatni badacze uzupełniają jeszcze ten kanon o obszar rozwoju zawodowego. Głównymi kryteriami, według których badacze rozpatrują okres dorosłości i wokół nich koncentrują rozważania teoretyczne dotyczące rozwoju człowieka są: zadania rozwojowe (R. J. Havighurst), zmiany w strukturze życia (D. J. Levinson), kryzys (E. Erikson) (E. Gurba, 2013, s. 213).

Kolejną teorią, która charakteryzuje okres wczesnej dorosłości, a jednocześnie uwzględnia współczesne przemiany społeczno-demograficzne, związane z procesami globalizacji i wzrastającymi wymaganiami rynku pracy, jest teoria wyłaniającej się dorosłości J. J. Arnetta (2004, s. 449). Według tego badacza cechami dystynktywnymi wyłaniającej się dorosłości, której okres przypada na 18-25 rok życia człowieka (może się on wydłużyć do 29 roku życia), są:

- poszukiwanie własnej tożsamości, które odbywa się w sferze związków, pracy i światopoglądu. W okresie tym nie chodzi o wąskie przygotowanie się do roli społecznej, ale bardziej o okres intensywnych poszukiwań, eksplorowania, co wiąże się z radosnymi doświadczeniami, ale także z przeżywaniem przykrości i rozczarowań. Większość tych trudnych doświadczeń młodzi dorośli przeżywają samotnie, bez wsparcia rodziny lub bliskich osób (J. J. Arnett, 2000, s. 473);
- brak stabilności – trudno jest przewidzieć status demograficzny jednostek w tym okresie życia, co wiąże się z mobilnością mieszkaniową, a także brakiem dokonania długoterminowych wyborów w życiu rodzinnym i zawodowym (J. J. Arnett, 2000, s. 470);
- skupienie na sobie – wyrażające się w możliwości podejmowania niezależnych decyzji, w przeciwieństwie od okresu adolescencji związanej z zależnością od rodziców, a także od okresu dorosłości, gdy należy podporządkować się realiom wynikającym z życia zawodowego lub rodzinnego. Okres ten pozwala tym samym na pełniejsze poznanie siebie, a także na przygotowanie do głębokich relacji w życiu osobistym i zawodowym (J. J. Arnett, 2000, s. 471);
- poczucie „bycia pomiędzy” – osoby w okresie wyłaniającej się dorosłości nie czują się już adolescentami, ale także nie mają jeszcze poczucia, że są już osobami dorosłymi. Poczucie to może się wiązać z mniejszą stabilizacją, która przejawia się w braku posiadania partnera, rodziny, domu i pracy (J. J. Arnett, 2000, s. 476);

- poczucie posiadania wielu możliwości, które wyraża się w realnym wpływie na kształtowanie własnej przyszłości w dziedzinie miłości, pracy i światopoglądu. Wiara w możliwość realizacji własnych marzeń w tym okresie życia jest najsilniejsza (J. J. Arnett, 2000, s. 474; za: W. Zagórska i in., 2012, s. 51).

Krytyczne odniesienie do tej koncepcji psychologicznej zakłada, że nie wnosi ona nowej wiedzy do rozwoju człowieka, a opóźnianie decyzji przez młodych dorosłych występowało już w wiekach wcześniejszych, szczególnie w grupach społecznie uprzywilejowanych (W. Zagórska i in., 2012, s. 61). Badania prowadzone przez J. J. Arnetta (2004, s. 341) dotyczyły głównie studentów college, dlatego A. Brzezińska i współpracownicy (2011, s. 76) podkreślają, że głównym kryterium stanowiącym o przeżywaniu przez osoby w wieku 18-25 lat etapu wyłaniającej się dorosłości jest edukacja na poziomie szkoły wyższej. Podobne wnioski z badań wyciąga M. Reitzle (2006, s. 35) z badań nad młodymi Niemcami w wieku 20-27 lat. Wnioski z badań porównawczych grupy osób uczących i pracujących pokazują, że wyłaniająca się dorosłość raczej nie występuje u młodych osób jedynie pracujących. Podobne wnioski z badań nad pracującą młodzieżą walijską wyciągają L. B. Hendry, M. Kloep (2010, s. 175). Natomiast badacz J. M. Bynner (2005, s. 381) wskazuje, że koncepcja wyłaniającej się dorosłości pomimo, że jest zgodna z psychologią rozwojową może wiązać się z mechanizmami wykluczenia społecznego, którym podlega współczesna młodzież, co wynika z pogłębiających się nierówności społecznych. Jednak W. Zagórska i in., (2012, s. 51) podkreślają, że J.J. Arnett poruszył problem, jakim jest trudność młodych dorosłych z podjęciem zadań wczesnej dorosłości.

Badacze F. C. Billari i A. C. Liefbroer (2010, s. 60) w zakresie realizowania zadań wczesnej dorosłości na podstawie badań w 26 krajach i obejmujących grupy urodzone w latach: 1930-1939, 1940-1949, 1950-1959, 1960-1969, 1970-1979 wyodrębnili nowy model osiągania dorosłości:

- późny – gdy wydarzenia, które decydują o wejściu w dorosłość następują na przełomie trzeciej i czwartej dekady życia;
- przedłużający się – gdy czas upływający pomiędzy pierwszym wydarzeniem decydującym o dorosłości np.: opuszczeniem domu rodzinnego, a zawarciem związku małżeńskiego jest dosyć długi;
- złożony – zachodzą wydarzenia charakterystyczne dla tego okresu, ale niektóre z nich powtarzają się np.: powrót do mieszkania z rodzicami po zakończeniu studiów.

Osiąganie dorosłości w wyżej wymienionych modelach może być efektem oddziaływania skorelowanych ze sobą czynników, które E. Czerka (2007, s. 229) wyodrębnia na podstawie badań jakościowych młodych mężczyzn w wieku 28-37 lat:

- negatywna wizja dorosłości wyniesiona z domu rodzinnego,
- brak mentora, a tym samym trudności w stworzeniu wizji własnego życia i niemożność uzupełniania braków wychowawczych wyniesionych z domu rodzinnego,
- ograniczona samowiedza, która przejawia się w ograniczonej wiedzy na temat własnych korzeni,
- zabawa zamiast rzetelnej pracy, która przejawia się w małej ilości czasu przeznaczonego przez badanych na rzetelną pracę,
- wykorzenienie, które przejawia się zerwaniem ze światem rodziców.

Na podobne czynniki, które mogą przyczynić się do zejścia z głównego toru rozwojowego wskazuje B. Harwas-Napierała (2012, s. 14) zaliczając do nich: deficyty w zakresie wiedzy o sobie, niedostatek wartościowych wzorców, a także brak właściwego wsparcia społecznego. Cechą charakterystyczną tego okresu jest planowanie własnego życia, a także ukierunkowanie na przyszłość (J. Wojciechowska, 2005, s. 469). Dlatego tak ważne w tym okresie jest nabycie kompetencji planowania. Deficyty w tej umiejętności mogą prowadzić do następstw w rolach społecznych, które będą realizowane tylko w wyniku nacisków sytuacyjnych, bez właściwego poziomu spójności z potrzebami, aspiracjami i oczekiwaniami młodego człowieka (J. Wojciechowska, 2005, s. 482). Dodatkowo J. M. Haratsis, M. Hood, P. A. Creed (2015, s. 434) podkreślają, że adaptacyjne zarządzanie celami jest możliwe, gdy jednostka jest w stanie przekształcać dostępne zasoby, zgodnie ze swoimi potrzebami i ograniczeniami wynikającymi z jej sytuacji życiowej.

Podjęcie przez młode osoby dorosłe określonych zadań rozwojowych warunkuje ich sposób przeżywania okresu wczesnej dorosłości: osoby, które są samotne są bardziej skoncentrowane na sobie, a także widzą przed sobą więcej możliwości niż osoby, które pozostają w związkach małżeńskich; osoby, które mieszkają z rodzicami są mniej stabilne i czują się „pomiędzy”; osoby, które pracują dorywczo charakteryzują się znacznie mniejszym poczuciem stabilności, niż osoby pracujące w pełnym wymiarze godzin (A. Oleszkowicz, A. Misztal, 2017, s. 77).

Z badań nad wczesną dorosłością wynika, że realizacja zadań rozwojowych zgodnie ze swoją grupą wiekową pozwala na osiągnięcie wsparcia ze strony rówieśników, a także całego otoczenia społecznego. Porównania społeczne pełnią funkcję informacyjną, naprowadzającą, formującą, ale także ochronną dla samooceny. Gdy zaś jednostka nie realizuje zadań rozwojowych, zgodnie z ogólnie przyjętym rytmem społecznym musi angażować swoje wewnętrzne zasoby do radzenia sobie z zadaniami, wynikającymi z jej sytuacji życiowej, przy jednocześnie mniejszym wsparciu płynącym z otoczenia. Trudniej jest też oszacować ryzyko podejmowanych zadań rozwojowych, ponieważ nie dysponuje ona wiedzą płynącą z porównań rówieśniczych (A. Brzezińska i in., 2011, s. 94). Jednak podjęcie przez młodych dorosłych odpowiedzialności za własne życie ma nie tylko pozytywny wymiar indywidualny, ale jest również kluczowe w wymiarze gospodarczym i społecznym. Dlatego, tak znaczące jest promowanie pomyślnego rozwoju wśród młodych dorosłych w okresie tranzycji, czyli w procesie zmiany roli społecznej, szczególnie na etapie przekształcenia sytuacji życiowej związanej z przejściem z roli osoby uczącej się do roli społecznej pracownika (J. M. Haratsis, M. Hood, P. A. Creed, 2015, s. 433).

Okres wczesnej dorosłości jest istotny w kontekście kształtowania tożsamości, zwłaszcza w oparciu o doświadczenia płynące z dwóch obszarów: aktywności zawodowej i relacji społecznych, a szczególnie relacji intymnej. Aktywność zawodowa pozwala na poznanie swoich możliwości i ograniczeń, zaś relacja intymna sprzyja spojrzeniu na siebie z perspektywy partnera. By wypełnić role społeczne partnera i pracownika, młody człowiek kształtuje swoją tożsamość w oparciu o kompromis pomiędzy indywidualnymi dążeniami i ograniczeniami, a oczekiwaniami społeczno-kulturowymi płynącymi ze środowiska (E. Gurba, D. Czyżowska, 2017, s. 41). Badania wskazują, że tożsamość jest tak samo ważnym czynnikiem kształtującym psycho-społeczną dojrzałość jednostki, jak pełnienie ról społecznych (A. Brzezińska i in., 2012, s. 34). Badania przeprowadzone przez innych badaczy, np. M. T. Hawkins i współpracowników (2011, s. 1448) wskazują, że młody człowiek, którego rozwój przebiega prawidłowo przyjmuje normy zaufania społecznego i tolerancji, osiągając właściwy poziom kompetencji społecznych oraz wyższą satysfakcję życiową. W mniejszym stopniu ufa władzom i organizacjom, przy czym potrafi podejmować działania o charakterze społecznym i obywatelskim.

Badania nad stanem psychicznym tej grupy wiekowej pokazują, że większe jest ryzyko wystąpienia w niej zaburzeń emocjonalnych, a także depresji. Można wskazać

na pewien rodzaj paradoksu, który wiąże się z jednej strony z doświadczaniem przez młodych dorosłych szczytowej formy w różnych obszarach życia, a jednocześnie w okresie tym występuje większa podatność na zaburzenia emocjonalne i depresyjne (H. Bee, 2004, s. 414; J. J. Arnett, R. Žukauskienė, K. Sugimura 2014, s. 572). Wyniki badań przeprowadzonych w grupie młodych dorosłych potwierdzają, że tylko jedna trzecia z nich jest zadowolona z pracy zawodowej, zdobytego wykształcenia i warunków swojego życia. W badanej grupie młodych dorosłych 10% deklaruje poczucie szczęścia (B. Ziółkowska, 2005, s. 432).

Okres wczesnej dorosłości charakteryzuje się bogatym polem możliwości, dlatego świadomość straty szerszych perspektyw życiowych pojawia się u młodych dorosłych w kontekście własnych wyborów. W tym okresie przeżywanie realnych strat jest powiązane z zyskami stanowiącymi wynik własnych decyzji. Szczególnym zyskiem tego okresu jest pojawienie się samodzielności, która wiąże się z utratą opieki ze strony rodziny i społeczeństwa (P. Oleś, 2011, s. 40). Wczesna dorosłość to również etap życia pełen wahań, niepewności i poszukiwań, w którym młody człowiek stoi przed zadaniami nadania sensu i struktury swojemu życiu, zakorzenienia się w świecie, odnalezienia w nim własnego miejsca, a także powołania (W. Zagórska, 2004, s. 56). Na podstawie przeprowadzonych analiz tego okresu wyraźnie przedstawia się perspektywa konieczności zwiększenia jednostkowych i społecznych wysiłków w realizację zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości. Wyzwania płynące ze zmian społecznych w postaci globalizacji, tworzącej nową przestrzeń życia, zarówno osób pełnosprawnych, jak i z niepełnosprawnością, przyczyniają się do wzrostu liczby czynników mających wpływ na życie człowieka. Nowe warunki makrospołeczne tworzą wymagające środowisko, w którym poszczególne jednostki zaspokajają własne potrzeby, zdobywają i tracą zasoby, a także realizują cele wyznaczone przez kolejne etapy rozwoju psychospołecznego (A. Jasiński i in., 2019, s. 74). Podjęcie zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości dotyczy również młodych osób z niepełnosprawnością, którzy zgodnie z myślą A. Krause (2011, s. 50) są największym odkryciem pedagogiki specjalnej w XX wieku.

1.2. Rozwój osób z niepełnosprawnością a zadania okresu wczesnej dorosłości

Rozwój osób z niepełnosprawnością podlega takim samym prawidłowościom, jak rozwój osób pełnosprawnych. Jednak jego przebieg ze względu na inne uwarunkowania biologiczne i psychospołeczne wymaga większego wysiłku, zarówno po stronie osoby z niepełnosprawnością, jak i jej otoczenia społecznego. Rozwój jest definiowany jako „złożony, wielokierunkowy proces przekształcania się struktur życia psychicznego, mający charakter funkcjonalny" (M. Straś-Romanowska, 2008, s. 15). M. Straś-Romanowska (2008, s. 15) przedstawia koncepcję rozwoju człowieka, według której rozwój przebiega w czterech wymiarach: biologicznym (dojrzewanie struktur i funkcji organizmu), społecznym (uczenie się i rozwój kompetencji), podmiotowym (samoaktualizacja i zdolność refleksji nad własnym życiem), a także duchowym (osiąganie ideału osobowego). Każdy z wymienionych wymiarów wymaga odpowiednich oddziaływań, które go wzmacniają: wspierających dobrą kondycję psychofizyczną, wychowawczo-edukacyjnych, pomoc w samopoznaniu oraz przewodnictwo duchowe, które wspomaga proces autotranscendencji (B. Harwas-Napierała, 2012, s. 29). Oddziaływania w tych wymiarach odnoszą się szczególnie do osób z niepełnosprawnością, ponieważ ograniczenia ich rozwoju wynikają z trudności w funkcjonowaniu na poziomie biologicznym, co znajduje odzwierciedlenie w funkcjonowaniu psychologicznym i społecznym (A. Pielecki, 2013, s. 18). Natomiast o funkcjonowaniu osób z niepełnosprawnością w wymiarze duchowym wypowiada się m. in. W. Chudy (1988, s. 107), który podkreśla, że w warstwie duchowej osoba z niepełnosprawnością ma cechę, która niezbywalnie przysługuje każdemu człowiekowi, a jest to godność ludzka. Wynika ona z najgłębszych wymiarów bytu ludzkiego. Żadna niepełnosprawność nie sięga istoty bytu ludzkiego, czyli takiego wymiaru życia człowieka, który decyduje o jego godności.

Na tle rozważań o rozwoju człowieka powstały szczegółowe koncepcje opisujące prawidłowości rozwojowe osób z niepełnosprawnością: strefy utraconego rozwoju, rozwojowa koncepcja niepełnosprawności, a także niepełnosprawności ujmowanej jako samoorganizujący się system.

Pierwsza koncepcja została sformułowana przez S. Kowalika (2003, s. 75; 2007, s. 52), który podkreśla, że uszkodzenie redukuje zasoby, a tym samym poważnie

ogranicza możliwości rozwojowe jednostki. Osoba z niepełnosprawnością staje wobec wymagań płynących z różnych wymiarów życia, mając do dyspozycji zasoby społeczne (wykształcenie, więzi społeczne), ekonomiczne (sytuację materialną) oraz psychiczne (odporność na stres, inteligencję). W sytuacji niepełnosprawności zasoby te nie są inwestowane w takie działania jednostki, które mogą przyczynić się do poprawy warunków życia, poszerzenia wiedzy, czy nawiązania nowych znajomości, jak w przypadku osób pełnosprawnych. W wyniku uszkodzenia organizmu powstaje strefa utraconego rozwoju, która powoduje, że zasoby są przeznaczane na zabezpieczenie przed regresem rozwojowym. Jeśli osoba dysponuje mniejszą pulą zasobów, wtedy ich całość zostanie przeznaczona na codzienne funkcjonowanie. Teorię tę potwierdzają badania nad osobami z niepełnosprawnością wskazujące, że zmiany w zakresie osobowości osób z niepełnosprawnością nie zależą od rodzaju niepełnosprawności, ale w większym stopniu są determinowane przez wcześniej ukształtowaną osobowość. Wyróżniono następujące typy zmian osobowości, które są związane z utratą sprawności: adaptacyjny, którym odznacza się 50% osób z niepełnosprawnością, wiąże się on z dużą odpornością na stres; depresyjny - występujący u około 16% osób z niepełnosprawnością; somatyczny – związany z nadmierną koncentracją na własnym zdrowiu (12% osób); prepsychotyczny – wiążący się z dezintegracją osobowości (20% osób) (S. Kowalik, 2007, s. 56). W koncepcji sfery utraconego rozwoju cele rozwojowe osoby z niepełnosprawnością są determinowane przez wielkość zasobów, które są w dyspozycji jednostki.

Rozwojowa koncepcja niepełnosprawności przedstawia inną perspektywę badawczą, akcentuje ona pozytywne aspekty sytuacji osób z niepełnosprawnością oraz możliwość pozytywnych zmian w zakresie ich funkcjonowania (G. Bręczewski, 2006, s. 71). Koncepcja opiera się na następujących założeniach teoretycznych dotyczących możliwości rozwojowych osób z niepełnosprawnością:

- rozwój trwa przez całe życie,
- rozwój jest pluralistyczny – między osobami istnieją indywidualne różnice,
- rozwój jest warunkowany przez wiele przyczyn, które mogą wchodzić ze sobą w interakcje,
- rozwój może być warunkowany przez wiele przypadkowych zdarzeń życiowych,
- zmiany rozwojowe zachodzą na wielu różnych poziomach,
- zmiany rozwojowe są współzależne od siebie,
- nie wszystkie zmiany wykazują spadek wraz z wiekiem osoby z niepełnosprawnością,

- osoba z niepełnosprawnością rozwija się w kontekście związków ze środowiskiem społecznym oraz fizycznym,
- przejawem rozwoju jest podejmowanie ról społecznych i zajmowanie nowych pozycji w różnych kręgach środowiska,
- zmiana rozwojowa powinna spełniać dwa podstawowe warunki: transferu w czasie, czyli wykazywać się trwałością w czasie, a także transferu sytuacyjnego, czyli jej efekty mogą zostać wykorzystane w nowych kontekstach społecznych (G. Bręczewski, 2007, s. 10).

Rozwojowa koncepcja niepełnosprawności zakłada, że osoba z niepełnosprawnością posiada wrodzone predyspozycje rozwojowe, a także jest w stanie realizować własne dążenia oraz nabywać nowe umiejętności (G. Bręczewski, 2015, s. 28). Koncepcja ta nie wyklucza przejściowego regresu, ale jest on równoważony przez potencjał i możliwości rozwojowe, które w konsekwencji mogą prowadzić do wartościowego życia (G. Bręczewski, 2015, s. 27).

Jednym z mechanizmów wartych uwzględnienia w pracy z osobami z niepełnosprawnością, na który powołuje się G. Bręczewski (2004, s. 147; 2018, s. 35) i S. Kowalik (2003, s. 75) jest „sfera najbliższego rozwoju", którą można uaktywnić poprzez oddziaływania środowiska. Zgodnie z koncepcją L. Wygotskiego (1971, s. 545) rozwój jednostki następuje poprzez kontakt z otoczeniem, który stanowi początek procesów wewnętrznych prowadzących do zbudowania jej zasobów wewnętrznych. Kompetencje poznawcze, a także sprawności powstają poprzez interakcje społeczne i przez nie mogą się zamienić w realne działania. Zadaniem osób wspierających osoby z niepełnosprawnością jest pomaganie w sposób intensywny i dobrze ukierunkowany w przezwyciężaniu trudności tak, by uaktualnić strefę najbliższego rozwoju, doprowadzając w konsekwencji do maksymalizacji potencjału rozwojowego (S. Kowalik, 2003, s. 75).

Wraz ze wzrostem aktywności osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym, a także nowym spojrzeniem na ich doświadczenia, powstała teoria niepełnosprawności jako samoorganizującego się systemu. Podstawą jej stworzenia jest koncepcja samoorganizujących się systemów opracowana przez F. Varelę i H. Maturnę (za: S. Kowalik, 2018, s. 128).

Teoria niepełnosprawności rozumiana jako samoorganizujący się system, ma następujące założenia:

1. niepełnosprawność powstaje w wyniku kolizji samoorganizującego się systemu rozwojowego, a jest ona rozumiana jako uszkodzenie organizmu, które przyczynia się do dezorganizacji systemu, a tym samym zagraża jego rozwojowi;

2. uszkodzenie organizmu doprowadza do uruchomienia mechanizmu zaradczego, który polega na aktywizowaniu struktur pobocznych w stosunku do struktury uszkodzonej. W wyniku aktywizacji następuje utrzymanie synchronicznego współdziałania, w zakresie różnych poziomów funkcjonowania człowieka;

3. kolizja jest rozumiana jako poszerzająca się dezorganizacja całego organizmu, która bez podjęcia rozwoju samoorganizującego się systemu może prowadzić do rozpadu matryc strukturalnych i funkcjonalnych, w które wyposażony jest człowiek;

4. dążenie do zachowania spójności rozwojowej systemu, w którym z jednej strony w sytuacji kolizji następuje stopniowa dezorganizacja kolejnych podsystemów, zaś z drugiej jest obecne dążenie do integracji wewnętrznej;

5. otoczenie stanowi zabezpieczenie przed rozpadem samoorganizującego się systemu, dlatego wzbogacenie środowiska osoby z niepełnosprawnością może polegać na wprowadzaniu technicznych ułatwień, ale przede wszystkim wiąże się z utrzymywaniem i rozwijaniem silnych związków społecznych;

6. proces rehabilitacji jest wynikiem spotkania dwóch samoorganizujących się systemów, co powoduje konieczność wspierania przez specjalistę kierunku rozwoju wybieranego przez osobę z niepełnosprawnością. Wyjątkowe efekty procesu rehabilitacji można osiągnąć przez synergię rozwojową polegającą na zbliżonym ukierunkowaniu osoby z niepełnosprawnością i rehabilitanta w doskonaleniu własnych samoorganizujących się systemów;

7. odzyskiwanie matrycowych sprawności funkcjonalnych na uszkodzonych poziomach organizmu prowadzi do odzyskiwania zdolności rozwojowych. Ruch i mowa w procesie rehabilitacji przyczyniają się do jednoczesnego aktywizowania zarówno sprawnych, jak i uszkodzonych struktur organizmu;

8. rehabilitacja po uszkodzeniu organizmu ma charakter dwuetapowy. Pierwszym etapem jest rehabilitacja medyczna, której celem jest powstrzymanie dezorganizacji jednostki z niepełnosprawnością, co w praktyce oznacza ograniczenie skutków kolizji. Zadaniem rehabilitacji na tym etapie jest rozpoznanie, w jakim zakresie dotychczasowa

linia rozwoju może być kontynuowana, a także określenie konieczności wypracowania nowych matryc funkcjonalnych;

9. w jak najkrótszym czasie należy wprowadzić osobę z niepełnosprawnością do jej środowiska tak, by mogła ona odtworzyć przerwane relacje społeczne lub tworzyć nowe, które pomogą jej w kontynuowaniu dalszego rozwoju. Proces wzmacniania relacji społecznych osoby z niepełnosprawnością w jej naturalnym otoczeniu społecznym może zostać przeprowadzony również w ramach rehabilitacji środowiskowej (S. Kowalik, 2018, s. 132-137).

W przywołanych koncepcjach niepełnosprawności wyraźnie zaznacza się zmiana perspektywy w zakresie oceny możliwości rozwojowych osoby z niepełnosprawnością, od koncentracji na utraconych zasobach do analizy uwarunkowań, które mogą wspierać jej całożyciowy rozwój. Ostatnia koncepcja niepełnosprawności łączy zarówno perspektywę utraty zasobów, wyrażającą się w terminie kolizja, jak również w zachowaniu przez jednostkę z niepełnosprawnością możliwości rozwojowych ujętych w pojęciu aktywności zaradczej. To właśnie w tym terminie można odnaleźć zdolność osoby do podejmowania działań w kierunku opanowania skutków niepełnosprawności. Rozwojowa koncepcja niepełnosprawności, a także koncepcja niepełnosprawności jako samoorganizujący się system pozwalają spojrzeć na osobę z niepełnosprawnością w perspektywie zachowania przez nią zdolności do konstruktywnego rozwoju. Dodatkowo ostatnia z omawianych teorii akcentuje również znaczenie relacji rehabilitacyjnej, w której następuje rozwój zarówno po stronie osoby z niepełnosprawnością, jak również specjalisty. W tym ujęciu S. Kowalik (2018, s. 135) podkreśla wkład osoby z niepełnosprawnością w proces rehabilitacji, a tym samym jej partnerski udział w kształtowaniu kierunku własnego rozwoju.

Badania nad sytuacją osób z niepełnosprawnością prowadzone zwłaszcza po transformacji ustrojowej w Polsce potwierdzają, że osoby z niepełnosprawnością, podobnie jak osoby pełnosprawne, stają przed takimi samymi zadaniami rozwojowymi (A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz, 2001; E. Giermanowska, 2007; B. Gąciarz, A. Ostrowska, W. Pańków, 2008; H. Żuraw, 2008; E. Giermanowska i in., 2015; A. Ostrowska, 2015).

Jednak niepełnosprawność może w istotny sposób wpływać na doświadczenia rozwojowe osoby, która „jest jednostką w pełni swoich praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającą ją, stworzonej przez bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne,

których nie może tak jak inni ludzie przezwyciężyć wskutek występujących u niej uszkodzeń” (T. Gałkowski, 2000, s. 170). Dlatego dorosłość osób z niepełnosprawnością jest definiowana jako przystosowanie i akceptacja siebie pomimo niepełnosprawności, przejawiające się w aktywności i gotowości poznawczej (R. Pichalski, 2003, s. 80). Osoby z niepełnosprawnością stają więc przed indywidualnym zadaniem rozwojowym, jakim jest rozpoznanie i akceptowanie własnych ograniczeń oraz twórczej modyfikacji zachowań typowych dla roli społecznej, którą chcą wypełniać. Częścią tego zadania jest określenie własnego miejsca w społeczeństwie osób pełnosprawnych (D. Grzybowska, 2003, s. 400). Aktywna postawa dorosłych osób z niepełnosprawnością wobec własnej niepełnosprawności wymaga dojrzałości psychicznej, która przejawiaja się w odpowiedzialności za własne zdrowie, a także przystosowaniu do wymogów społecznych (F. Wojciechowski, 2006, s. 128). Natomiast W. Dykcik (2003a, s. 148) wskazuje na konieczność rozwinięcia u osoby z niepełnosprawnością cechy przedsiębiorczości, która polega na umiejętności wykorzystania swoich mocnych stron, a także obiektywnych szans, które pojawiają się w jej środowisku. Brak tej cechy może skutkować jawną agresją, buntem, cierpieniem psychicznym, trwaniem w pustce, bierności i niepewności.

Osoby z niepełnosprawnością, podobnie jak osoby pełnosprawne stają przed zadaniami rozwojowymi, których kolejność jest uwarunkowana zegarem biologicznym i społecznym. Zegar biologiczny oznacza prawidłowości rozwojowe płynące z organizmu np.: procesy dojrzewania, starzenia się, zaś zegar społeczny wyznacza zadania, które są uwarunkowane kulturowo i społecznie dla danej grupy wiekowej np.: założenie rodziny, podjęcie obowiązków zawodowych. Punktualność zdarzeń oznacza, że osoba ma odpowiednie kompetencje, żeby sprostać wyzwaniom, a także potrafi efektywnie zaspokoić swoje potrzeby zgodnie z przyjętymi w danej kulturze wzorcami. Natomiast brak punktualności zdarzeń powoduje, że zdarzenie ma inne konsekwencje psychologiczne dla rozwoju (A. Brzezińska i in., 2016, s. 55). Badania potwierdzają, że osoby z niepełnosprawnością częściej mają poczucie, że ich życie biegnie poza normalnym torem rozwoju, a zadania rozwojowe są realizowane później w stosunku do rówieśników. Poczucie to może utwierdzać młode osoby z niepełnosprawnością w przekonaniu o odmienności nie tylko w kontekście ograniczonej sprawności, ale także w ramach całego ich rozwoju. Opóźnione wkroczenie w dorosłość może powodować u osób z ograniczoną sprawnością

wzmocnienie i generalizowanie poczucia odmienności, co w dłuższej perspektywie czasowej może przyczynić się do różnicowania się ścieżek życiowych osób z niepełnosprawnością (A. Brzezińska i in., 2012, s. 95).

Podobne wnioski z badań wysnuwa F. Wojciechowski (2006, s. 124) wskazujący, że dorastające osoby z ograniczoną sprawnością (38,33%) postrzegają swoje życie jako gorsze od normalnego. Jednak sam stan zdrowia niekoniecznie wpływał na takie jego postrzeganie, a dopiero kumulacja negatywnych czynników osobowościowych i środowiskowych.

Badania nad oczekiwaniami młodych osób z niepełnosprawnością pokazują, że w zakresie planów życiowych i aspiracji posiadają one oczekiwania zgodne z zegarem biologicznym i społecznym. Jedne z pierwszych badań prowadzonych nad młodzieżą niepełnosprawną w latach 1959-1971 dotyczyły planów życiowych. Grupę badanych stanowiło 532 pacjentów konstancińskiego ośrodka rehabilitacji. W planach życiowych młodych osób z niepełnosprawnością znalazły się: założenie rodziny, zdobycie samodzielności i niezależności materialnej (E. Gorczycka, 1981, s. 20).

Podobne aspiracje dotyczące realizacji zadań wczesnej dorosłości prezentowali studenci z niepełnosprawnością w badaniach jakościowych. Na poziomie deklaratywnym osoby badane potwierdzały, że chcą pracować zawodowo, założyć rodzinę przed trzydziestym rokiem życia, a także spełnić się w roli rodzica (K. Skalska, 2015a, s. 140). Wyniki w zakresie aspiracji młodych osób z niepełnosprawnością w grupie studentów na Uniwersytecie Zielonogórskim przedstawia G. Miłkowska (2005, s. 84-86), która wskazuje, że studenci mają wysokie aspiracje w zakresie zawodowym, ekonomicznym, a także większość z badanej grupy planuje założyć rodzinę. Badani studenci pomimo niepełnosprawności prezentowali optymistyczny obraz własnej przyszłości. Podobne wnioski z badań przedstawia W. Janocha (2008, s. 125), w badaniach przeprowadzonych wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w wieku od 14 do 35 roku życia. Młodzież w tych badaniach wśród wartości sensotwórczych na pierwszym miejscu wskazała szczęście rodzinne. Jak wynika z badań zrealizowanych przez L. Marszałek (2006, s. 158) młode kobiety z niepełnosprawnością odczuwają lęk i niepokój przed zbudowaniem związku, a także czują się nieprzygotowane do pełnienia ról społecznych żony i matki. Badania przeprowadzone przez H. Żuraw (2008, s. 135) na grupie 1200 osób z niepełnosprawnością wykazały również, że osoby z niepełnosprawnością

w większości decydują się na tworzenie związku z osobą niepełnosprawną. Zawarcie związku małżeńskiego ma pozytywny wpływ na rozwój psychospołeczny człowieka, a dla osoby z niepełnosprawnością może mieć dodatkowe pozytywne znaczenie. Badacze m.in. L. Bakier (2009, s. 40) wskazują na następujące społeczne korzyści wynikające ze stanu małżeńskiego: stanowi źródło wsparcia emocjonalnego i materialnego, wzbogaca relacje społeczne poprzez wieloaspektowość relacji małżeńskiej, podnosi satysfakcję z wypełnienia oczekiwań społecznych, dostarcza prestiżu społecznego związanego ze statusem społecznym męża/żony.

Badania nad dorosłością młodych osób z niepełnosprawnością (grupa 106 osób z niepełnosprawnością i 41 osób sprawnych) pokazują, że osoby z wykształceniem pomaturalnym i wyższym miały wyższy wskaźnik realizacji zadań rozwojowych, a także wyższy wskaźnik poczucia punktualności realizacji zadań rozwojowych (A. Brzezińska i in., 2012, s. 89). Dostępność edukacji wyższej dla osób z niepełnosprawnością jest istotna, ponieważ niższy poziom wykształcenia przyczynia się do pozostawania przez osobę z niepełnosprawnością w niszy niskopłatnych zawodów (P. Loprest, E. Maag, 2003, s. 19).

Obok zadania rozwojowego założenia rodziny w okresie wczesnej dorosłości równie ważnym zadaniem jest podjęcie zatrudnienia. B. Gąciarz (2010, s. 20) podkreśla, że zdobycie przez osoby z niepełnosprawnością wykształcenia, odpowiednich kwalifikacji zawodowych zwiększa ich szanse uczestniczenia we wszystkich wymiarach życia społecznego, gospodarczego i kulturalnego. Jednak badania nad absolwentami z niepełnosprawnością szkół wyższych wykazują, że byli oni kierowani do pracy w zakładach pracy chronionej, a także do prac, które nie wymagały wysokich kwalifikacji zawodowych. Wyniki tych badań są niepokojące, ponieważ u młodych osób z niepełnosprawnością zostały rozbudzone aspiracje zawodowe, które nie zostaną zaspokojone, a tym samym mogą powodować frustrację. Ponadto nie zostanie wykorzystany potencjał innowacyjny młodych wykształconych osób z niepełnosprawnością, które oprócz wysokich kwalifikacji zawodowych posiadają doświadczenie w radzeniu sobie z własnymi dysfunkcjami (E. Giermanowska, 2015, s. 92). Dodatkowo obok trudności ze znalezieniem pracy, osoby z niepełnosprawnością na początku swojej ścieżki zawodowej doświadczają następujących barier:

- pracują często poniżej swoich kwalifikacji, niezgodnie z uzyskanymi kompetencjami zawodowymi,
- mają mniejsze szanse na awans zawodowy,

- brak pewności zatrudnienia, który często wiąże się z umowami cywilnoprawnymi lub umowami o pracę na czas określony,
- wynagrodzenie otrzymywane przez młode osoby z niepełnosprawnością w wielu wypadkach nie pozwala na samodzielne utrzymanie,
- relacje ze współpracownikami odznaczają się charakterem formalnym, ograniczają się wyłącznie do sfery zawodowej, a tym samym wiążą się z doświadczeniem samotności w miejscu pracy (E. Giermanowska, 2015, s. 110-111).

Doświadczane przez młode osoby z niepełnosprawnością poczucie osamotnienia w miejscu pracy jest niepokojące, ze względu na potrzebę znalezienia przez młodego dorosłego grupy pokrewnej. Z kolei brak możliwości nawiązania kontaktów towarzyskich w miejscu pracy może w znaczący sposób przyczynić się do odczuwania samotności i poczucia odrzucenia przez osoby pełnosprawne. Osobom z niepełnosprawnością może brakować towarzystwa, w którym mogłyby się podzielić swoimi doświadczeniami i refleksjami (J. Kirenko, R. Wawer, 2015, s. 45). Natomiast porównawcze badania D. Wiszejko-Wierzbickiej (2010, s. 49) pomiędzy osobami sprawnymi a osobami z niepełnosprawnością wykazały, że kobiety z niepełnosprawnością są bardziej narażone na pozostawanie w domu, zaś mężczyźni są bardziej aktywni zawodowo. Najlepiej wykształcone są też osoby, które są zatrudnione. Autorzy badań zaznaczają, że osoby, które nie podjęły zatrudnienia są najczęściej osobami samotnymi, nietworzącymi bliskich związków (A. Brzezińska i in., 2008, s. 139), a także mającymi większe trudności w zakresie otrzymywania wsparcia od osób bliskich (K. Piotrowski, 2010, s. 44). Dlatego badacze P. Loprest i E. Maag (2003, s. 19) na podstawie negatywnej korelacji pomiędzy niepełnosprawnością i zatrudnieniem młodych osób dorosłych wskazują na konieczność programów, które zwiększą ich perspektywy na zatrudnienie.

Niepodejmowanie przez młode osoby z niepełnosprawnością zadań rozwojowych wczesnej dorosłości może prowadzić do zjawiska wykluczenia społecznego. Czynnikami, które mogą warunkować niedorosłość jest przede wszystkim trudność z osiągnięciem zatrudnienia, a tym samym bycie narażonym z powodu niedostatecznych zasobów społecznych i finansowych na wykluczenie społeczne, które przejawia się w następujących wymiarach:

1. wykluczenia zawodowego – spowodowanego barierami z wejściem na rynek pracy,
2. wykluczenia ekonomicznego – skutkującego utratą niezależności finansowej,
3. wykluczenia instytucjonalnego – powodującego społeczną zależność od instytucji,

4.wykluczenia poprzez społeczną izolację – wycofanie się jednostki z sieci relacji interpersonalnych,
5. wykluczenia kulturowego – związanego z trudnościami w realizacji modelu życia, który jest zgodny ze społecznie akceptowanymi normami,
6. wykluczenia przestrzennego – polegającego na skupieniu ludzi z ograniczonymi możliwościami finansowymi w jednym miejscu zamieszkania, które ma ograniczony dostęp do infrastruktury komunikacyjnej, a także ograniczony dostęp do kultury (E. Czerka, 2007, s. 88).

Osiągnięcia życiowe młodych osób z niepełnosprawnością w postaci rozwoju zawodowego, a także założenia rodziny pełnią rolę ochronną przed wykluczeniem społecznym (B. Gąciarz, 2007, s. 171). Dlatego poszczególne państwa wdrażają programy, których celem jest wzmocnienie zdolności do pracy młodych dorosłych w wieku od 19 do 29 roku życia. Przeprowadzone studia porównawcze w siedmiu krajach europejskich (Danii, Finlandii, Islandii, Norwegii, Holandii, Szwecji i Wielkiej Brytanii) wskazują, że we wszystkich obowiązuje zasada „najpierw praca". Zasada ta oznacza, że młode osoby z niepełnosprawnością w pierwszej kolejności mają podejmować pracę, zdobywać doświadczenia zawodowe i edukacyjne, zaś ostatnim rozwiązaniem mającym na celu poprawę ich sytuacji życiowej jest korzystanie ze świadczeń finansowych (B. Kaltenbrunner Bernitz i in., 2013, s. 198).

Kolejnym charakterystycznym zadaniem dla okresu wczesnej dorosłości jest podjęcie aktywności obywatelskiej. Jednym ze szczególnych zadań obywatelskich młodych osób z niepełnosprawnością jest podjęcie aktywności na rzecz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością. W Polsce organizacje pozarządowe działające na rzecz grup narażonych na wykluczenie społeczne powstały na początku lat dziewięćdziesiątych, a ich głównym zadaniem jest wywieranie społecznego wpływu, zarówno na instytucje państwowe, jak i opinię publiczną (A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz, 2001, s. 10). Według przywoływanych wcześniej badań H. Żuraw (2008, s. 185), większość badanych osób z niepełnosprawnością nie była zainteresowana angażowaniem się w działalność organizacji społecznych, a także problemami własnego środowiska lokalnego (por. A. Ostrowska, 2003, s. 55). Podobne wnioski z badań wysuwa D. Wiszejko-Wierzbicka (2010, s. 56), według której aktywność społeczna i obywatelska oscylowała na poziomie 8% badanych osób z niepełnosprawnością. W taką aktywność angażowali się głównie pracujący mężczyźni, zamieszkujący wsie i duże miasta (powyżej 500 tysięcy mieszkańców). Natomiast T. Masłyk (2019, s. 331)

na podstawie badań jakościowych przeprowadzonych wśród 45 osób z niepełnosprawnością (średnia wieku 36) wskazuje, że 18 badanych działało społecznie na rzecz społeczności lokalnej, 9 badanych podejmowało taką aktywność w przeszłości, zaś przynależność organizacyjną deklarowało 29 badanych. Uczestnicy badania podejmowali aktywność społeczną o różnym charakterze: działania specjalistyczne, jak tworzenie stron internetowych, przekazywanie obrazów na aukcje charytatywne, działalność w kołach hobbystycznych, sportowych i artystycznych, podnoszenie poziomu wiedzy poprzez udział w prelekcjach i wykładach, wywieranie wpływu społecznego poprzez pisanie petycji do władz samorządowych. Badani podejmowali również działania na rzecz środowiska osób z niepełnosprawnością. Celem tych działań było osiągnięcie wsparcia finansowego, pomocy materialnej, ułatwień infrastrukturalnych, ale także przekazywanie wiedzy na temat niepełnosprawności osobom sprawnym (T. Masłyk, 2019, s. 331).

Dorosłość osób z niepełnosprawnością wiąże się z możliwością korzystania z aktywnych form spędzania czasu. Przeprowadzone badania w zakresie dostępności turystyki, która w życiu osób z niepełnosprawnością pełni obok roli rekreacyjnej, także rehabilitacyjną wskazują na niski poziom ich uczestnictwa w tej formie aktywności (J. Śledzińska, 2012, s. 88). Na podobne ograniczenia wynikające z braku odpowiednich rozwiązań systemowych, a także właściwej aktywizacji osób z niepełnosprawnością wskazuje J. Niedbalski (2015a, s. 114) w aktywności sportowej. Badacze wskazują również na bariery związane z uczestniczeniem przez osoby z niepełnosprawnością w życiu kulturalnym (A. Mazurek, 2019, s. 69).

Przeprowadzane rozważania w zakresie dorosłości osób z niepełnosprawnością zarówno w postaci teorii wyjaśniających wieloaspektowy fenomen niepełnosprawności, a także w badaniach empirycznych, w tym pojawienie się nowych kategorii badawczych takich jak dostępność kultury, turystyki, sportu wskazują na ewolucję filozofii rewalidacyjnej, w której obok osiągnięcia przez osobę z niepełnosprawnością pełnej aktywności społecznej pojawia się również cel jej szczęścia i satysfakcji z życia (A. Krause, 2011, s. 47; P. Majewicz, 2019, s. 30). Same osoby z niepełnosprawnością w badaniach jakościowych (T. Masłyk, 2019, s. 308) wskazują na pozytywne zmiany w wymiarze cywilizacyjnym, a także w kulturowej i normatywnej tkance społeczeństwa. Choć należy dodać, że jako grupa społeczna osoby z niepełnosprawnością są wciąż narażone na konsekwencje dychotomicznego podziału w życiu społecznym na „my” i „oni”, który często warunkuje pozorną tożsamość osoby

z niepełnosprawnością, a także normatywne oczekiwania wobec niej (A. Bieganowska-Skóra, 2017, s. 48). Dlatego tak istotne jest podjęcie edukacji wyższej przez osoby z niepełnosprawnością, które wciąż wiąże się ze społecznym awansem, a także jest postrzegane jako kluczowe dla zdobycia pracy (B. Szczupał, 2010, s. 33; M. Smużewska, K. Wasilewski, D. Antonowicz, 2015, s. 134).

1.3. Psychospołeczne funkcjonowanie studentów z niepełnosprawnością

Od końca XX wieku systematycznie wzrastała na polskich uczelniach liczba studentów z niepełnosprawnością. W roku akademickim 1998/1999 ich odsetek stanowił 0,08 % ogółu polskich studentów (M. Garbat, 2011a, s. 93), zaś w roku akademickim 2014/2015 wzrósł do poziomu 1,89 % (Główny Urząd Statystyczny, 2015, s. 26, 157). Jednak już nowsze sprawozdania Głównego Urzędu Statystycznego wskazują na malejącą liczbę studentów z niepełnosprawnością (od roku akademickiego 2015/2016), w latach akademickich 2017/2018 i 2018/2019 studenci z niepełnosprawnością stanowili 1,80 % ogółu polskich studentów (GUS, 2018, s. 19; GUS, 2019, s. 18). Przedstawione dane liczbowe kształtujące się na zbliżonym poziomie eksponują stały udział studentów z niepełnosprawnością w społeczności akademickiej. Jednak odsetek studentów z niepełnosprawnością w ogólnej liczbie studentów wciąż znacznie odbiega od średnich amerykańskich i europejskich (J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 94).

Wśród studentów z niepełnosprawnością najliczniejszą grupę stanowią studenci z dysfunkcją narządu ruchu (GUS, 2018, s. 218; GUS, 2019, s. 209). Należy podkreślić, że dla tej grupy szczególnie istotna jest dostępność środowiska akademickiego w kontekście barier architektonicznych i urbanistycznych. Warunkuje ona samodzielność i niezależność, a tym samym autonomię tej grupy studentów w procesie studiowania (H. Ochonczenko, 2011a, s. 62).

Uczelnie podejmują działania, których celem jest wyrównywanie szans edukacyjnych studentów o różnych rodzajach niepełnosprawności. Niezmiennie celem tych działań jest tworzenie jak najlepszych warunków do zdobywania wykształcenia wyższego przez studentów z różnymi dysfunkcjami. Jednak obok działań mających na celu znoszenie barier, ważne jest także kreowanie otoczenia, w którym studenci z niepełnosprawnością ruchową staną się autentycznym partnerem w procesie

kształcenia, co w konsekwencji przyczynia się do ich pełniejszego rozwoju osobowego (B. Olszewska, 2009, s. 42, W. Żłobicki, 2006, s. 193). Wykształcenie wyższe wśród osób z niepełnosprawnością znacznie zwiększa ich szanse na znalezienie zatrudnienia. Współczynnik aktywności zawodowej wśród absolwentów szkół wyższych plasował się na poziomie 32% i był wyższy o 10% w stosunku do absolwentów szkół policealnych i średnich zawodowych (E. Zakrzewska-Manterys, 2015, s. 29).

W Polsce kształcenie na poziomie wyższym odbywa się w warunkach niesegregacyjnych, a badania nad tym rodzajem kształcenia osób z niepełnosprawnością pokazują, że redukuje ono negatywny efekt działania procesu stygmatyzacji, a także przyczynia się do nabywania kompetencji społecznych na wyższym poziomie (G. Szumski, 2006, s. 156). Wyższe kompetencje osób z niepełnosprawnością nabierają szczególnego znaczenia w kontekście wymagań płynących z rynku pracy, a także wzrastającej konkurencji w rywalizującym społeczeństwie. Wykształcenie jest swego rodzaju inwestycją w siebie, która poprawia adaptację społeczną, ponieważ wyposaża młode pokolenie w nowe umiejętności, sprawności i nawyki (H. Machel, 2006, s. 20). Jednak, aby system kształcenia wyższego właściwie przygotował osoby z niepełnosprawnością do realizacji celów rozwojowych przewidzianych dla okresu wczesnej dorosłości, konieczne są pogłębione analizy nad edukacyjnym i psychospołecznym funkcjonowaniem studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim, a także proponowanym dla tej grupy modelem edukacji wyższej.

1.3.1. Psychospołeczne potrzeby studentów z niepełnosprawnością

Okres studiów sytuuje się na granicy pomiędzy młodzieńczością a dorosłością, okresem granicznym pomiędzy okresem zakończenia gwałtownych zmian związanych z dojrzewaniem, a względną stabilizacją w okresie dorosłości (K.W. Jaskot A. Murawska, 2006, s. 109). Studiowanie ma pozytywny wpływ na przyszłość studenta, ponieważ przyczynia się do pozytywnych zmian w jego osobowości poprzez wyższy poziom wiedzy i umiejętności (B. Hajduk, 1993, s. 18). Okres studiów jest czasem moratorium, a tym samym daje on prawo do wypełnienia zobowiązań płynących z dorosłości, w okresie późniejszym lub w warunkach, które dla jednostki będą dogodniejsze. W społeczeństwie przyjmuje on akceptowane formy i jest realizowany za pośrednictwem powołanych służb, instytucji czy organizacji, zaś w przypadku studentów za pośrednictwem szkoły wyższej (H. Liberska, 2007, s. 25). Moratoryjne

odroczenie w wielu kulturach chroni młodych ludzi przed zbyt wczesnym podejmowaniem decyzji i zobowiązań, a także jest czasem inwestycji rodziny w przyszłość młodego człowieka (J. Suchodolska, 2013, s. 169). Osoby z niepełnosprawnością rozpoczynając studia wyższe stają się przede wszystkim studentami, a więc ich pierwszą potrzebą w tym okresie jest wielostronny rozwój, przejawiający się w samodzielności poznawczej, ale również w sferach: emocjonalnej, moralnej i społecznej (A. Krajewska, 2004, s. 151). Skutki oddziaływań pedagogicznych nie są widoczne od razu, przyjmują one raczej formę dyskretną, a ujawniają się dopiero w pewnych okolicznościach. Kształcenie przyczynia się do zmiany rozwojowej, nie jest to jednak prosta zależność przyczynowo-skutkowa, ponieważ niezbędna jest aktywność własna jednostki (M. Przetacznik-Gierowska, 2002, s. 62). Studenci uczestnicząc w procesie edukacji mogą zaspokoić potrzeby, które według J. B. Rottera (za: B. Szmigielska, 1999, s. 214) kształtują się następująco:

- potrzeba uznania statusu jednostki – wyrażająca się w poczuciu bycia osobą kompetentną,
- potrzeba dominacji – wyrażająca się w potrzebie kontrolowania i wpływania na zachowania innych,
- potrzeba niezależności – wyrażająca się w samodzielnym podejmowaniu decyzji,
- potrzeba miłości i uczucia – wyrażająca się w byciu lubianym, interesującym, a także akceptowanym przez innych,
- potrzeba ochrony – potrzeba innych ludzi, którzy pomagają jej osiągać wyznaczone cele, a także dają poczucie bezpieczeństwa,
- potrzeba komfortu fizycznego – pragnienie dobrego samopoczucia i przyjemnych wrażeń zmysłowych oraz unikania bólu.

Właściwe zaspokojenie potrzeb w środowisku akademickim wspiera proces rozwoju młodych osób z niepełnosprawnością, a także zwiększa predyspozycje do przyswojenia korzyści wynikających z wykształcenia wyższego: nieskrępowanego rozwoju, możliwości zbudowania własnego systemu wartości, zdobycia szerszych doświadczeń społecznych i wypróbowanie nowych ról społecznych, formalnego potwierdzenia dyplomem zdobytej wiedzy. Indywidualny wymiar korzyści związanych z integracją w ramach edukacji na poziomie wyższym wiąże się z realizacją własnych potrzeb, pragnień i marzeń, a także wytworzenia w osobie przeświadczenia o możliwości kreacji własnej rzeczywistości (J. Lipińska-Lokś, 2013, s. 106).

Wydłużenie edukacji osób z niepełnosprawnością ma także znaczenie autorewalidacyjne. Proces mobilizowania własnych sił w procesie autorewalidacji przebiega na trzech poziomach: emocjonalnym - pozytywne emocje kierowane ku czemuś; zachowań prospołecznych – przejawianych przez osoby z niepełnosprawnością; świadomościowym - werbalizowanie swoich uczuć, pragnień, a czasem kierowanie ich do innych (B. Szychowiak, 2006, s. 249). Jest to szczególnie ważne, ponieważ osoby z niepełnosprawnością mają za sobą różne doświadczenia edukacyjne. K. Smoczyńska (2007, s. 31) na podstawie pogłębionych wywiadów z osobami z niepełnosprawnością wskazuje, że doświadczenia szkolne mają znaczący wpływ na funkcjonowanie w dorosłym życiu. Jednocześnie badani wskazują na przejawy dyskryminacji w szkołach masowych, którego wyrazem jest brak tolerancji ze strony rówieśników. Kształcenie indywidualne, do którego w polskim systemie edukacji są kierowani uczniowie z niepełnosprawnością sprzężoną, często jest realizowane w sposób niestaranny, a tym samym za mało stymuluje ich rozwój (P. Rozmus, 2012, s. 72). Brak kontaktów z rówieśnikami dodatkowo stanowi poważną przeszkodę w nabywaniu kompetencji społecznych. Podobne problemy mogą mieć studenci z niepełnosprawnością, którzy są absolwentami szkolnictwa specjalnego. Doświadczenie nadmiernych ułatwień i postawy ochraniającej ze strony rodziców i nauczycieli przyczynia się do rozwinięcia postawy nieadekwatnych oczekiwań, przy jednoczesnym obniżeniu poziomu odporności na trudności płynące z edukacji (R. Ossowski, 2003, s. 46). Podobne wnioski o absolwentach kształcenia specjalnego przedstawia I. Chrzanowska (2013, s. 77), która podkreśla, że w kształceniu specjalnym nie nabywają oni odpowiednich kompetencji społecznych, a także częściej niż studenci pełnosprawni prezentują postawy roszczeniowe, które powodują, że gorzej sobie radzą w relacjach z nauczycielami akademickimi i pełnosprawnymi studentami.

W kontekście doświadczeń ze wcześniejszych etapów edukacji studenci z niepełnosprawnością mogą mieć różne potrzeby związane z rozwojem psychospołecznym w środowisku akademickim (P. Pawłowski, 2003, s. 12; B. Tylewska-Nowak, R. Durda 2013, s. 197). Badania E. Zakrzewskiej-Manterys (2015, s. 37) dowodzą, że studenci z niepełnosprawnością mają głęboką determinację, by podjąć studia pomimo swoich ograniczeń. Jednak ze względu na niski poziom swoich kompetencji decydowali się niejednokrotnie na podjęcie studiów zaocznych. Czynnikiem, który przede wszystkim determinuje wybór kierunku studiów jest rodzaj niepełnosprawności. Nie bez znaczenia jest też wpływ rodziny na aspiracje edukacyjne

osób z niepełnosprawnością. Z badań jakościowych przeprowadzonych przez U. Bartnikowską i A. Żytę (2007, s. 68) wynika, że w przypadku braku wiary ucznia z niepełnosprawnością we własne siły, rodzina ułatwiła decyzję o studiowaniu udzielając wsparcia emocjonalnego. Badania ilościowe w zakresie reakcji otoczenia na decyzję o podjęciu studiów przez osoby z niepełnosprawnością wykazały, że 60% badanych doświadczyło pozytywnych reakcji ze strony swojej rodziny, przyjaciół i znajomych, a także nauczycieli ze szkoły średniej (J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 110). Podjęcie dobrej decyzji o kierunku studiów przez osobę z niepełnosprawnością wymaga uwzględniania przez nią zarówno indywidualnych zainteresowań, jak również własnych szans na ukończenie studiów i perspektyw na zatrudnienie, zgodnych ze zdobytym wykształceniem (M. Borowska, J. Kubica, 2012, s. 48). Badania potwierdzają, że studenci z niepełnosprawnością podejmując decyzję o kierunku studiów w większości brali pod uwagę stan własnego zdrowia. Wraz ze wzrostem stopnia niepełnosprawności nasilał się procentowy udział badanych (studenci ze znacznym stopniem niepełnosprawności – 59,1%), którzy przy wyborze studiów kierowali się głównie stanem zdrowia. Dodatkowo uwzględniali oni takie czynniki jak: odległość od miejsca zamieszkania, dostosowanie architektoniczne uczelni, dostępność tłumaczy języka migowego, rehabilitacji i lekarzy w miejscu studiowania (J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 112).

Na początku edukacji wyższej potrzeby studentów z niepełnosprawnością są uwarunkowane wcześniejszymi doświadczeniami edukacyjnymi, motywacją do podjęcia dalszej edukacji, a także wyobrażeniami na temat studiów. Czynnikiem, na który należy zwrócić uwagę analizując sytuację studentów z niepełnosprawnością na progu edukacji wyższej jest stres wynikający z naruszonej równowagi funkcjonowania w różnych obszarach. Dlatego u studentów pierwszego roku istnieje ryzyko występowania problemów natury psychologicznej: trudności w odżywianiu, problemów z koncentracją uwagi, depresji, poczucia bezwartościowości, obniżenia samooceny i myśli samobójczych (G. M. Jay, A. R. D'Augelli, 1991, s. 95). Nie bez znaczenia dla tej grupy studentów jest również organizacja środowiska akademickiego, a także drobne, codzienne utrapienia wynikające z konieczności zarządzania różnymi obszarami własnego życia (S. Byra, M. Parchomiuk, 2009, s. 25). Brak właściwego rozwiązania trudności adaptacyjnych może w konsekwencji prowadzić do przedwczesnej decyzji o opuszczeniu uczelni (K. S. Adams, B. E. Proctor, 2010, s. 166).

Na podstawie przytoczonych rozważań, pierwszą psychospołeczną potrzebą studentów z niepełnosprawnością na początku studiów jest rozwiniecie samodzielności w różnych obszarach psychospołecznego funkcjonowania. Studiowanie związane jest często ze zmianą miejsca zamieszkania i opuszczeniem domu rodzinnego, a tym samym koniecznością podejmowania coraz większej odpowiedzialności za własne życie. Dlatego tak istotne jest rozwinięcie umiejętności organizacyjnych potrzebnych w realizacji celów krótko i długoterminowych, kompetencji komunikacyjnych, które są niezbędne w interakcjach społecznych z różnymi partnerami: nauczycielami akademickimi, przyjaciółmi, współlokatorami, a także partnerami z randek (S. M. Smedema i in., 2015, s. 342).

Obok potrzeb związanych ze zwiększeniem samodzielności studenci z niepełnosprawnością stają również przed koniecznością zaspokojenia w środowisku akademickim potrzeb wynikających z niepełnosprawności. W badaniach fokusowych podkreślali oni znaczenie następujących umiejętności, które decydują o ich samostanowieniu w środowisku akademickim: ujawnienie własnej niepełnosprawności, umiejętność proszenia o pomoc, umiejętność rozwiązywania problemów, uczenia się o samym sobie, w tym także o własnej niepełnosprawności, jak również ustalania celów i zarządzania sobą, szczególnie w czasie (C. A. Thoma, E. E. Getzel, 2005, s. 237). Natomiast badacze K. S. Adams i B. E. Proctor (2010, s. 177) podkreślają znaczenie rozwinięcia umiejętności komunikowania o własnych potrzebach (self-adwokatura). Według nich jest ona wręcz krytyczna, ponieważ od niej zależy zdolność zidentyfikowania własnych potrzeb wynikających z wpływu niepełnosprawności na proces uczenia się.

Przeprowadzone badania nad studentami z niepełnosprawnością wykazały, że z grupy 32 badanych studentów z niepełnosprawnością, co trzeci wskazał, że komunikacja z osobą prowadzącą zajęcia stanowi dla niego problem, co może się wiązać z brakiem umiejętności prowadzenia świadomych rozmów na temat własnej niepełnosprawności (D. Lizoń-Szłapowska, 2008, s. 365). Do podobnych wniosków dochodzi również K. D. Rzedzicka (2006, s. 217), która wskazuje na dylemat osób z niepełnosprawnością dotyczący informowania osób prowadzących zajęcia o niepełnosprawności. Autorka wskazuje, że z perspektywy studenta, który ma różne doświadczenia z proszeniem o pomoc wykładowców, informowanie o potrzebach wynikających ze stanu zdrowia i niepełnosprawności może być mocno kłopotliwe. Czasami osoby z niepełnosprawnością w wyniku proszenia o pomoc są traktowane jako

osoby roszczeniowe, które nie chcą być samodzielne. Istnieje również grupa studentów z niepełnosprawnością, która nie chce korzystać z przysługującego im wsparcia wynikającego z niepełnosprawności. Powodem jest chęć zapewnienia sobie nowej tożsamości i niezależności na poziomie szkoły wyższej (L. Barnard-Brak, D. Lechtenberger, W. Y. Lan, 2010, s. 412).

J. Sztobryn-Giercuszkiewicz (2018, s. 131) na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych wśród studentów z niepełnosprawnością uchwyciła prawidłowość, że kontakty z pracownikami administracyjnymi są lepiej oceniane, niż z wykładowcami. Powodem trudności w relacjach jest prawdopodobnie niska świadomość pracowników uczelni w zakresie niepełnosprawności. Studenci wskazują również na niską satysfakcję w zakresie zakwaterowania w domach akademickich, współpracy z doradcami, ale także ograniczeń związanych z nagrywaniem wykładów i warunków panujących w salach wykładowych (H. J. Reinschmiedt i in., 2013, s. 7).

W trakcie studiowania istotne znaczenie dla rozwoju psychospołecznego studentów z niepełnosprawnością ma grupa rówieśnicza. Akceptacja w grupie studenckiej wzmacnia pozytywne samopoczucie osoby z niepełnosprawnością, w relacjach koleżeńskich, następuje kształtowanie prawidłowych postaw wobec niepełnosprawności (A. Witek, Z. Kazanowski, 2006, s. 140). Badania przeprowadzone wśród 71 studentów z niepełnosprawnością potwierdzają, że postrzegają oni postawy kolegów i koleżanek z roku jako zdecydowanie i umiarkowanie pozytywne. Wspólne przebywanie i podobna sytuacja edukacyjna powodują nawiązanie bliższych emocjonalnie relacji, a tym samym przyczyniają się do kształtowania pozytywnych więzi społecznych (A. Nowicka, 2005, s. 239). W okresie studiów osoby z niepełnosprawnością przebywają w grupie rówieśniczej, w której mogą zawierać przyjaźnie. Przyjaźń odgrywa pozytywną rolę we wspomaganiu rozwoju człowieka, ponieważ jest w niej obecny element wspólnego doświadczenia, a także wydobywa ona z partnerów interakcji to, co jest w nich subiektywne i niepowtarzalne (B. Kaja, 2004, s. 19). Wyniki badań z Politechniki Częstochowskiej wskazują, że studenci z niepełnosprawnością odznaczają się brakiem pewności siebie, co znajduje wyraz w zajmowaniu przez nich odległych miejsc w salach wykładowych, samotnej pracy, a także niepewności co do własnej pozycji w grupie (D. Lizoń-Szłapowska, 2008, s. 365). Jak wykazują badania M. Czechowskiej-Bielugi i A. Tychmanowicz (2008, s. 251) studenci z niepełnosprawnością posiadają niższy poziom kompetencji społecznych, niż studenci pełnosprawni, co może obniżyć szanse na sukces

w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym. Podobne wnioski z badań wyciągają S. Byra i M. Parchomiuk (2005, s. 65), które wskazują, że studenci z niepełnosprawnością relacjonują następujące trudności: nawiązanie i podtrzymanie bliskich relacji społecznych, zrozumienie treści przedmiotowych przekazywanych na wykładach i ćwiczeniach, sporządzanie notatek, przeżywanie stresu związanego z zaliczeniami i egzaminami oraz trudności finansowe.

Natomiast badania przeprowadzone na Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie wskazują, że 42% badanych studentów z niepełnosprawnością deklarowało, że dominującą formą relaksu są spotkania towarzyskie (P. Rozmus, 2012, s. 75). W badaniach przeprowadzonych przez J. Sztobryn-Giercuszkiewicz (2018, s. 123), 60% badanych studentów uczestniczy w życiu towarzyskim, czyli w imprezach studenckich, a stopień niepełnosprawności nie ma znaczenia dla podejmowania tego rodzaju aktywności. Ocena przez badanych własnych relacji z kolegami również jest pozytywna, około 90% badanych studentów z niepełnosprawnością ocenia swoje relacje z kolegami jako dobre. Zadowolenie z relacji z kolegami jest istotnie skorelowane z ogólnym zadowoleniem z życia badanych studentów.

Obok rozwoju osobowości czas studiów jest przygotowaniem do podjęcia pracy, dlatego młodzież akademicka postrzega szkołę wyższą w kontekście przyszłej kariery zawodowej (R. Borowicz, 2008, s. 51). Zwłaszcza na ostatnim etapie studiów studenci z niepełnosprawnością wymagają wsparcia w zakresie wyjścia na rynek pracy, oraz już jako absolwenci w procesie poszukiwania pracy (T. Cierpiałowska, 2011, s. 269). By studenci z niepełnosprawnością mogli być adekwatnie przygotowani do rynku pracy potrzebują: wiedzy o jego wymogach i perspektywach zmian, samoświadomości w zakresie własnych zasobów, a także wartościowych doświadczeń społecznych. Takie przygotowanie może stanowić podstawę do kształcenia ustawicznego osób z niepełnosprawnością (K. Kutek-Sładek, 2007, s. 219).

Z przedstawionych badań w zakresie potrzeb psychospołecznych studentów z niepełnosprawnością wynika, że niepełnosprawność ruchowa znajduje odzwierciedlenie zarówno w sferze osobowości studenta (trudności w realizacji potrzeb, radzenie sobie w sytuacjach trudnych, trudnościach przystosowawczych), w sferze społecznej związanej z utrudnionymi kontaktami społecznymi wynikającymi ze stereotypowych postaw wobec osób z niepełnosprawnością (H. Ochonczenko, 2011a, s. 54). Natomiast okres studiów jest czasem intensywnego przygotowania do podjęcia zadań w życiu dorosłym, co wiąże się z koniecznością rozwijania potencjału studentów

z niepełnosprawnością, a tym samym świadomości psychospołecznych konsekwencji niepełnosprawności ruchowej. Prawidłowo zaspokojone potrzeby studentów z niepełnosprawnością, a także prawidłowo rozwinięte kompetencje społeczne w różnych wymiarach akademickiego funkcjonowania wpływają na poziom przystosowania do środowiska akademickiego (A. Nowicka, M. Sendyk, 2018, s. 184).

1.3.2. Psychospołeczne przystosowanie studentów z niepełnosprawnością

Pojęcie przystosowania jest wielowymiarowe i złożone, w rozważaniach naukowych jest związane z pojęciami akceptacji i adaptacji, a także z problematyką stresu i radzenia sobie. Wielowymiarowość przystosowania przejawia się w szerokim zakresie zjawisk, procesów, mechanizmów i sytuacji, które składają się na funkcjonowanie osoby w środowisku (S. Byra, 2012, s. 43). Przystosowanie może być rozumiane jako proces, ale także jako stan, który został osiągnięty przez stale dokonujące się przemiany (J. Kirenko, 2006, s. 40). Inni badacze, jak H. Livneh, R. F. Antonak (1995, s. 1100) podkreślają, że istotą przystosowania jest zachowanie przez jednostkę równowagi pomiędzy zależnością i niezależnością od innych, zwłaszcza w sytuacjach społecznych, która wyraża się w pełnieniu różnych ról społecznych. O przystosowaniu będzie świadczyć postawa prospołeczna oraz satysfakcjonujące relacje z innymi ludźmi (P. Majewicz, 2001, s. 277). O znaczeniu dynamicznej równowagi w przystosowaniu pisze J. Kirenko (1991, s. 19), który podkreśla, że jednostka osiąga wtedy stan dojrzałości i integracji poszczególnych cech i sfer osobowości. Dzięki przystosowaniu może ona nie tylko dobrze funkcjonować, ale także oddziaływać na rzeczywistość. Na wymiar podejmowania aktywności wskazuje także definicja przystosowania zaproponowana przez T. R. Elliotta i współpracowników (2000, za: S. Byra, 2012, s. 35) wskazująca na „pozytywne ustosunkowanie się do życia, przyszłości, siebie w przyszłości, formułowanie i realizowanie planów życiowych". W płaszczyźnie zadań rozwojowych wczesnego okresu dorosłości student z niepełnosprawnością może więc kształtować prawidłową postawę wobec własnej przyszłości poprzez rozwój w sferze społecznej, intelektualnej i emocjonalnej. Jest to tym bardziej istotne, że wchodzenie młodych osób z niepełnosprawnością w dorosłość wiąże się z wieloma trudnościami i ograniczeniami, zaś wykształcenie jest oceniane

jako predyktor zmian wpływających korzystnie na przystosowanie społeczne (I. Cytlak, 2009, s. 18).

Przystosowanie ma znaczenie ewaluatywne, ponieważ każda osoba może zajmować miejsce na kontinuum pomiędzy przystosowaniem a przeciwnym jego krańcem – nieprzystosowaniem (P. Majewicz, 2012, s. 11). Dobrze przystosowana osoba będzie reagowała na swoje otoczenie w sposób dojrzały i skuteczny, potrafiąc rozwiązywać konflikty i trudności osobiste, jest wolna od pośpiechu, fobii, nadmiernych stresów (J. Kirenko, 2006, s. 39). Na podstawie przedstawionej charakterystyki przystosowania powstaje pytanie o funkcjonowanie studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim. W rezultacie nałożenia się wymagań akademickich i doświadczenia niepełnosprawności duża grupa studentów z niepełnosprawnością jest narażona na niski poziom przystosowania do wymagań życia akademickiego. Efektywne funkcjonowanie w środowisku niosącym ze sobą wiele wymagań o różnym charakterze, oznacza dla studenta konieczność psychospołecznego przystosowania, które wiąże się również z dobrym samopoczuciem (S. M. Smedema i in., 2015, s. 343). Przystosowanie studentów do środowiska akademickiego jest zadaniem ważnym, również z punktu widzenia rehabilitacji społecznej, ponieważ dostarcza ono korzystnego podłoża do integracji wszystkich sfer aktywności. Studiowanie przyczynia się do zdobywania nowych doświadczeń, które w nowy sposób ustalają charakter relacji ze środowiskiem (S. Byra, M. Parchomiuk, 2012, s. 26). W okresie studiów osoba z niepełnosprawnością uczestniczy w procesie nauczania i wychowania, zaś kompetentne stosowanie wiedzy w jednej dziedzinie może przyczynić się do zmian rozwojowych, które mogą występować w różnych sferach funkcjonowania psychicznego człowieka (A. Hankała, 2002, s. 53). Należy jednak zwrócić uwagę, że student z niepełnosprawnością, szczególnie ze względu na własne ograniczenia, a także ich widoczność może obok roli studenta zacząć pełnić rolę „osoby z niepełnosprawnością", a w konsekwencji zamiast przystosowania do środowiska akademickiego może pojawić się „wyuczona bezradność", która nie jest postawą akceptowaną w środowisku akademickim (M. Bełza, 2017, s. 33). Badania S. Byry i M. Parchomiuk (2010, s. 60) wskazują na niski poziom przystosowania studentów z niepełnosprawnością. Badaczki w oparciu o wskaźniki w postaci satysfakcji z życia i lęku wynikającego z doświadczanych sytuacji zdiagnozowały u badanych studentów niski stopień psychospołecznej adaptacji, przejawiający się w obniżonej ocenie własnej codzienności, a także trudnościami w realizacji zakładanych celów.

Natomiast w badaniach przeprowadzonych przez M. Sendyk (2005, s. 185) nad psychicznym przystosowaniem studentów z niepełnosprawnością do uczelni wyższej za wskaźniki świadczące o przystosowaniu uznano: poczucie satysfakcji z wybranego kierunku studiów, poczucie satysfakcji z bycia studentem, zadowolenie z programu studiów, zadowolenie z posiadanej umiejętności zdawania egzaminów, poczucie zadowolenia z realizowania wymagań związanych z rolą studenta, poczucie zadowolenia z warunków do nauki, poczucie wartości (cenienie) wiedzy zdobytej na studiach, poczucie przydatności wiedzy i sensowności jej zdobywania, poczucie celowości działań podejmowanych w ramach studiów, posiadanie grona bliskich osób, poczucie satysfakcji ze sposobów spędzania czasu wolnego, przeżywanie poczucia osamotnienia. Z przeprowadzonych badań wynika, że studenci z niepełnosprawnością charakteryzowali się wysokim i przeciętnym stopniem przystosowania do warunków uczelni wyższej. Tylko niewielki procent (8,5%) badanych prezentował niski poziom przystosowania (M. Sendyk, 2005, s. 196).

Inne badania nad przystosowaniem studentów z niepełnosprawnością wykazały, że studenci z niskim poziomem przystosowania cechują się wyższym poziomem dystresu, wyższym poziomem poczucia kontroli zewnętrznej, niższą samooceną, silniejszą percepcją fizycznych ograniczeń, a także niższym poczuciem dobrostanu (H. Livneh H., S. M. Lott, R. F. Antonak, 2004, s. 423). Niski poziom przystosowania może wiązać się z przeżywaniem przez studentów z niepełnosprawnością następujących trudności: poczucia niższości i niesprawiedliwości, depresji, przewrażliwienia, zależności w relacjach przyjacielskich, nieumiejętności dostosowania się do okoliczności, obawy przed niepowodzeniem, lęku w nowych sytuacjach, poczucia izolacji, dużej wrażliwości na pochwałę i naganę oraz nieliczenie się z wymaganiami życia społecznego (M. Sendyk, 2005, s. 185).

Badania nad studentami z niepełnosprawnością wykazały, że ważnym aspektem w przystosowaniu jest czas nabycia niepełnosprawności. Studenci, którzy odznaczają się krótszym czasem nabycia niepełnosprawności przeżywają więcej gniewu i złości. Pomoc w wyrażaniu tych negatywnych emocji pomaga studentom w pełniejszej adaptacji do niepełnosprawności i do podążania za celami edukacyjnymi (E. Martz, 2004, s. 5; por. P. Wolski, 2010, s. 254).

Obok czasu nabycia niepełnosprawności, który wiąże się z procesem radzenia sobie z niepełnosprawnością czynnikiem kształtującym przystosowanie do środowiska akademickiego są przekonania na własny temat. Badania przeprowadzone

na Uniwersytecie Kalifornijskim wykazały, że studenci z niepełnosprawnością fizyczną posiadają przekonanie, że są postrzegani przez pełnosprawnych rówieśników jako osoby przeszkadzające grupie studenckiej w skupieniu na zajęciach. Dlatego w trakcie zajęć akademickich mogą: przejawiać niechęć do zadawania pytań, czuć się mniej wewnętrznie zintegrowani, odczuwać więcej stresu oraz podejmować mniej aktywności w formie wyzwań edukacyjnych (D. Akin, L. M. Huang, 2019, s. 29).

Przekonania na własny temat studentów z niepełnosprawnością obok kształtowania obrazu siebie wiążą się również z podjęciem przez studenta z niepełnosprawnością decyzji o ujawnieniu własnej niepełnosprawności w środowisku akademickim. W badaniach porównawczych przeprowadzonych przez K. C. Aquino i J. D. Bittinger (2019, s. 10) pomiędzy studentami z niepełnosprawnością, którzy postanowili ujawnić własną niepełnosprawność na uczelni, a studentami, którzy zdecydowali się na funkcjonowanie jak osoby pełnosprawne nie ujawniono różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami w zakresie społecznej integracji. Jednak studenci, którzy ujawnili własną niepełnosprawność wydawali się bardziej zintegrowani ze środowiskiem akademickim.

Natomiast M. Bełza (2017, s. 78) przedstawia klasyfikację studentów z niepełnosprawnością w oparciu o ich wizerunek w społeczności akademickiej. Wizerunek, który został ukształtowany w wyniku rozwoju osobowości i tożsamości studenta, a także jego stosunek do własnej niepełnosprawności:

- student „ekshibicjonista” – mówi otwarcie o swojej niepełnosprawności, potrafi mówić o własnych ograniczeniach. Traktuje niepełnosprawność jako możliwość korzystania w sposób uprawniony lub nie z różnego rodzaju ułatwień dostępnych w środowisku akademickim. Niepełnosprawność jest więc dla tego studenta rodzajem atutu, który ułatwia mu funkcjonowanie w społeczeństwie;
- student „incognito widoczny” – student wchodzący w społeczność akademicką jako osoba pełnosprawna, ale jego zachowanie wskazuje na cechy, które mogą wskazywać na niepełnosprawność. Trudność z powiedzeniem o własnej niepełnosprawności utrudnia mu efektywne pełnienie roli społecznej, a także ogranicza jego rozwój w społeczności akademickiej. Konsekwencje społeczne tego rodzaju postawy wiążą się ze zwiększonym dystansem w relacjach, a także wykluczeniem;
- student „incognito niewidoczny” – student, który jest osobą z niepełnosprawnością, a jednak jego dysfunkcja może pozostać niewidoczna dla społeczności akademickiej.

Woli on zachować anonimowość, nawet kosztem rezygnacji z udogodnień które mu przysługują;

- student „normals” – student wchodzący w społeczność akademicką jako osoba pełnosprawna, ale nie ukrywająca własnej niepełnosprawności. Jego zachowanie dowodzi, że niepełnosprawność jest jedną z cech charakteryzujących człowieka.

Przedstawiona klasyfikacja wskazuje na znaczenie subiektywnej koncepcji niepełnosprawności studentów, wyrażającą się w jej ocenie i przeświadczeniach o niej, których odzwierciedlenie znajduje wyraz w wizerunku studenta w społeczności akademickiej (por. Cz. Kosakowski, 2003, s. 28; G. Bręczewski, 2018, s. 31).

Obok czynników osobowościowych mających wpływ na przystosowanie studenta z niepełnosprawnością do środowiska akademickiego istotne jest również właściwe zaspokojenie potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Adekwatnie dobrane na podstawie rzetelnej diagnozy wsparcie udzielone studentowi z niepełnosprawnością może sprzyjać rozwojowi jego samodzielności, która świadczy o psychospołecznym przystosowaniu do środowiska akademickiego (M. Bełza, 2017, s. 29).

Z badań wynika, że w ocenie studentów z niepełnosprawnością szczególnie pomocnymi formami wsparcia w procesie studiowania były: pomoc w zakresie zakwaterowania, wsparcie w wypełnianiu obowiązków akademickich, a także wsparcie społeczno-emocjonalne (M. Abreu i in., 2016, s. 326). Natomiast w kolejnych badaniach studenci wskazali, że najważniejszymi dla nich formami wsparcia są: stypendium specjalne (92% badanych), udział w szkoleniach i warsztatach (ok. 20% badanych), dodatkowe zajęcia z wychowania fizycznego, indywidualny tok studiów oraz poradnictwo psychologiczne i edukacyjne (J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 128).

Okres studiów jest również okresem intensywnego nabywania kompetencji społecznych, w tym nawiązywania kontaktów interpersonalnych i współpracy w zespole (A. Krajewska, 2004, s. 151). Jak dowodzi D. Lizoń-Szłapowska (2008, s. 366) młodzi z niepełnosprawnością mogą w okresie studiów mieć większe poczucie izolacji społecznej. Podobne wnioski z badań wyciągają T. Cierpiałowska i M. Trojańska (2007, s. 356), które przeprowadziły badania wśród studentów z niepełnosprawnością w ośrodkach akademickich z całego kraju. Wykazały, że ta grupa doświadcza poczucia osamotnienia na wysokim poziomie. Według tych badań osamotnienie w wymiarze poczucia zerwania więzi z ludźmi najbardziej odczuwają

studenci, których wcześniejsza edukacja odbywała się tokiem nauczania indywidualnego, zaś w najmniejszym stopniu ci, którzy kształcili się w ramach szkolnictwa specjalnego. Studenci z dysfunkcją narządu ruchu doświadczają szczególnie osamotnienia w zakresie poczucia braku przynależności do grupy odniesienia. Ponadto poczucie osamotnienia u studentów z niepełnosprawnością nasilało się wraz ze wzrostem stopnia niepełnosprawności. Posiadanie bliskich przyjaciół ma charakter przystosowawczy, przyjaźń bowiem pomaga w adaptacji do zmiennych warunków życia, a także przyczynia się do czerpania z niego większej satysfakcji (A. Malina, 2014, s. 87).

W środowisku szkoły wyższej funkcjonują różnorodne grupy, do których studenci mogą przynależeć: towarzyskie, rekreacyjne, zainteresowań oraz samokształceniowe. Grupy te pełnią ważną rolę w przekazywaniu swoim członkom wartościowych informacji, a także uruchamiają w nich mechanizmy osobotwórcze (K. W. Jaskot, A. Murawska 2006, s. 119). Z badań porównawczych studentów z niepełnosprawnością poruszających się na wózkach inwalidzkich, w których jedna grupa jest zaangażowania w jakiś typ studenckiej aktywności organizacyjnej, a druga nie podejmuje takiej aktywności wynika, że studenci z pierwszej grupy utrzymują się do końca studiów, w przeciwieństwie do tych, którzy nie są zaangażowani w ten typ działalności. Okazuje się zatem, że uczestniczenie z rówieśnikami w dodatkowych zajęciach, poza programem studiów pozwala na utrzymanie trwałych relacji społecznych, a także na umacnianie poczucia społecznej integracji (R. D. Wessel, J. Wentz, L. L. Markle, 2011, s. 147-159).

Z badań przeprowadzonych przez A. Izdebskiego (2010, s. 177) na Uniwersytecie Warszawskim wynika, że odsetek studentów z orzeczoną niepełnosprawnością zaangażowanych w prace kół naukowych był dwukrotnie wyższy niż wśród studentów pełnosprawnych. Zaangażowanie studentów z niepełnosprawnością w rozwój naukowy świadczy o tym, że czują się oni równouprawnionymi członkami społeczności akademickiej.

Natomiast kolejne badania ilościowe w zakresie dodatkowej aktywności studentów z niepełnosprawnością, wykazały, że co czwarty badany student z niepełnosprawnością uczestniczył w działalności poza zajęciami przewidzianymi programem studiów. Studenci angażowali się w następujące rodzaje dodatkowej aktywności: koła naukowe, zajęcia sportowe i artystyczne, a także działalność o charakterze wolontarystycznym (J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 122).

Pogłębione spojrzenie na funkcjonowanie studentów w środowisku akademickim w postaci badań jakościowych pozwoliło na stworzenie typologii studentów z niepełnosprawnością, która przedstawia różne mechanizmy ich przystosowania do środowiska uczelni wyższej:

1. „duże dzieci" – studenci, którzy wciąż znajdują się pod opieką rodziny. Odznaczają się oni brakiem samodzielności, wciąż wymagają wsparcia. Grupa ta funkcjonuje jak uczniowie, którym dodatkowo trudno jest nawiązać przyjaźnie,
2. mentorzy – studenci, którzy rozpoczęli studiowanie około trzydziestego roku życia. Studia są sposobem na potwierdzenie własnej wartości,
3. samodzielni – studenci, którzy często zamieszkują w akademikach, aktywnie realizują pasje, a także podejmują wyzwania, jakie niesie ze sobą środowisko akademickie,
4. hiperaktywni – w tej grupie znajdują się studenci, którzy traktują studia w sposób kompensacyjny. Hiperaktywność przejawia się w działaniach na wielu polach. Osoby z tej grupy mogą być szczególnie narażone na frustrację po zakończeniu studiów (E. Zakrzewska-Manterys, 2015, s. 43).

Inną klasyfikację studentów z niepełnosprawnością przedstawia H. Żuraw (2014, s. 85), która w oparciu o kryteria poziomu aspiracji edukacyjnych, poziomu samodzielności, woli niezależnego życia, poziomu zamożności i rodzaju ścieżki edukacyjnej wyodrębniła następujące ich grupy:

- „tacy sami" – studenci, którzy pomimo dysfunkcji odznaczali się adekwatną samooceną, poczuciem kontroli i spełnienia życiowego;
- „tylko nauka" - głównym celem tych studentów był rozwój naukowy potwierdzony wysokimi ocenami. Jednak ich funkcjonowanie na uczelni miało charakter formalny, dlatego być może nie mają przyjaciół i nie prowadzą życia studenckiego;
- „aktywni w nowych wspólnotach" – studenci są w organizacjach, w których są liderami. Podejmują działania na rzecz innych jednocześnie wspierając własny rozwój. Studenci ci cechują się zadowoleniem w relacjach rówieśniczych, wywiązują się dobrze ze swoich obowiązków uczelnianych, a jednocześnie prowadzą bogate życie studenckie;
- „znormalizowani" – studenci dobrze wywiązują się z roli studenta jednocześnie prowadząc satysfakcjonujące życie studenckie. Prowadzą niezależne życie, w którym jest miejsce na bliskie relacje;

- „uroczy leniuszkowie” , którzy wykorzystują niepełnosprawność do obniżania wobec nich wymagań akademickich. Niepełnosprawność w przypadku tych studentów pełni rolę maski, za którą kryją się problemy studenta;
- „problemowi” – studenci, którzy stanowią wyzwanie dla środowiska akademickiego. Cechują się nieadekwatną samooceną, a także roszczeniowością. Dodatkową trudnością tych studentów są niezdiagnozowane zaburzenia np.: wady wymowy lub zaburzenia zdrowia psychicznego.

Przytoczone klasyfikacje wyraźnie wskazują, że studenci z niepełnosprawnością w różny sposób plasują się na kontinuum przystosowania do środowiska uczelni wyższej, a tym samym są grupą wewnętrznie zróżnicowaną. O zróżnicowaniu tej grupy stanowią uwarunkowania podmiotowe, a także podejmowana aktywność w społeczności akademickiej. Wyłaniające się grupy studentów z przedstawionych klasyfikacji w różny sposób korzystają z zasobów środowiska akademickiego, a także z funkcji kompensacyjnej uczelni wyższej, która pozwala na wyrównywanie braków z wcześniejszych etapów rozwojowych i stwarza warunki do równego uczestnictwa społecznego.

O przystosowaniu studentów z niepełnosprawnością do środowiska akademickiego w wymiarze subiektywnym świadczy m. in. poczucie jakości życia, a także sukces akademicki. Satysfakcja płynąca z życia wiąże się z przeżywanym przez jednostkę dobrostanem i dobrym funkcjonowaniem w różnych sferach życia (S. Byra, 2012, s. 45). Badania nad satysfakcją życiową studentów z niepełnosprawnością wskazują, że w większości mają oni przeciętne poczucie satysfakcji z życia. Spośród 101 studentów z różnych ośrodków akademickich w całym kraju, 70% badanych miało przeciętne poczucie zadowolenia życiowego. W badanej grupie wyższa satysfakcja życiowa wiązała się ze wsparciem otrzymywanym od nauczycieli akademickich (K. Skalska, 2015b, s. 130). Kolejną kategorią świadczącą o przystosowaniu studentów z niepełnosprawnością stanowi ich sukces akademicki (M. Smużewska, K. Wasilewski, S. Antonowicz, 2015, s. 132). Na ten aspekt funkcjonowania akademickiego wskazują badania A. Sztobryn-Giercuszkiewicz (2018, s. 117), w których 30% studentów z niepełnosprawnością ocenia, że odnosi sukcesy akademickie, 21% studentów deklaruje, że nie posiada takich sukcesów, zaś ponad połowa badanych nie ma w tej kwestii zdania. Studenci, jako własne sukcesy deklarowali wysoką średnią ocen, osiągnięcia sportowe, organizacyjne, a także artystyczne. Część badanych jako sukces deklarowała osiąganie zaliczeń.

Subiektywne wskaźniki przystosowania do środowiska akademickiego wskazują na poznawczą i emocjonalną ocenę własnego w nim funkcjonowania. Na przystosowanie studentów z niepełnosprawnością do środowiska akademickiego ma wpływ poziom przygotowania do podjęcia studiów zarówno w wymiarze psychologicznym, jak i edukacyjnym, ale również poziom zaspokojenia potrzeb psychospołecznych na etapie studiów. Przytoczone badania wskazują na złożoność czynników, które warunkują prawidłowy przebieg procesu studiowania osób z niepełnosprawnością. Pozytywny wpływ na proces przystosowania do środowiska akademickiego mają zarówno czynniki podmiotowe: odporność na stres, rozwinięte umiejętności społeczne, stosunek do własnej niepełnosprawności, jak również środowiskowe: relacje interpersonalne, dodatkowe aktywności, poziom zaspokojenia potrzeb wynikających z niepełnosprawności, adekwatny do indywidualnej sytuacji studenta poziom wsparcia.

Poznanie potrzeb studentów z niepełnosprawnością, a także uwarunkowań ich przystosowania do środowiska akademickiego pozwala na realizację paradygmatu edukacji równych szans. Właściwe zaspokojenie potrzeb studentów z niepełnosprawnością tworzy warunki, w których mogą uczestniczyć w edukacji wyższej na takich samych zasadach jak studenci pełnosprawni. Natomiast brak działań w tym zakresie prowadzi do subtelnej formy dyskryminacji osób z niepełnosprawnością (T. Cierpiałowska, 2009, s. 185; M. Kowaluk, A. Bieganowska, 2010, s. 135). Dlatego uczelnie wyższe podejmują działania, których celem jest podniesienie dostępności uczelni.

1.4. Zwiększenie dostępu do edukacji dla studentów z niepełnosprawnością w Polsce

Zmiany w obrębie edukacji wyższej pod koniec XX wieku obejmują nie tylko wzrost liczby studentów z niepełnosprawnością, ale również zmiany związane z upowszechnieniem edukacji całożyciowej, powiązaniem szkół wyższych ze sferą ekonomiczną, masowość edukacji na poziomie wyższym oraz traktowanie szkół wyższych jako miejsca kumulowania kapitału społecznego (M. Czerepaniak-Walczak, 2013, s. 34). Celem edukacji wyższej jest kształtowanie u studentów postawy obywatelskiej, cnót moralnych, troski o sprawiedliwość społeczną i dobro wspólne. Osiągnięcie tego celu jest możliwe poprzez budowanie następujących kompetencji:

zdolności do krytycznego myślenia; rozumienia świata w jego zróżnicowaniu, lokalności, ale także w procesach globalizacji; rozwinięcie „narracyjnej wyobraźni”, która polega na rozwinięciu wrażliwości, empatii, zaangażowania wobec osób marginalizowanych, wykluczonych innych, ze świadomością, że „zamiana miejsc” zawsze jest możliwa (M. Nowak-Dziemanowicz, 2012, s. 4). Dostosowanie uczelni do potrzeb studentów z niepełnosprawnością wpisuje się w nurt szerszych zmian o charakterze zarówno politycznym, jak i społecznym, a także w zmianę paradygmatu w pedagogice specjalnej. Jej zadaniem jest sprostanie nowym jakościowo warunkom życia społecznego, które tworzą ramy powstałe w wyniku zmian cywilizacyjnych dla funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością (A. Krause, 2004, s. 166).

Edukacja osób z niepełnosprawnością wiąże się nie tylko z wymiarem indywidualnym, w którym tworzona jest biografia studenta, ale także z wymiarem społecznym, w którym następuje zmiana wizerunku osoby z niepełnosprawnością i postęp w zakresie rozwiązań społecznych służących przełamywaniu barier ograniczających dostęp do pełnego uczestnictwa społecznego (J. Lipińska-Lokś, 2011, s. 145).

Zgodnie ze społecznym modelem niepełnosprawności, przystosowanie osób z niepełnosprawnością do środowiska akademickiego nie leży tylko po stronie tej grupy. Działania mające na celu dostosowanie uczelni wyższych do potrzeb studentów z niepełnosprawnością wiążą się z ogólną filozofią przekształcania społeczeństwa tak, by włączało i przystosowało się do potrzeb osób z niepełnosprawnością; dając im dostęp do wszelkich społecznych zasobów: nowych technologii, służb medycznych i socjalnych, aktywności sportowych i rekreacyjnych, dóbr i usług konsumenckich, a przede wszystkim do włączającej edukacji (T. Zacharuk, 2008, s. 75).

1.4.1. Bariery w edukacji wyższej osób z niepełnosprawnością

W Polsce pierwszą barierą wiążącą się ze studiowaniem osób z niepełnosprawnością jest stosunkowo niedługi okres, gdy osoby te stały się większą społecznością studencką, która rozpoczęła egzekwowanie swoich praw do edukacji. Dopiero wówczas na uczelnie wyższe został nałożony obowiązek zwiększenia dostępu do kształcenia każdej osobie, która spełnia wymagania merytoryczne bez względu na rodzaj ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia i sprawności (J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2011, s. 99). Pierwsze formalne działania na rzecz studentów

z niepełnosprawnością rozpoczęły się od zawarcia porozumienia pomiędzy Ministrem Edukacji Narodowej a Ministrem Pracy i Polityki Społecznej, które powoływało pierwszą na uczelniach jednostkę koordynującą proces edukacyjny studentów z niepełnosprawnością (A. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2011, s. 100). Centrum Kształcenia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych było jednym z pierwszych biur działających na rzecz wyrównywania szans edukacyjnych osób z niepełnosprawnością (G. Krzyminiewska, 2008, s. 71). Uczelnia ta rozpoczęła kształcenie osób z niepełnosprawnością w roku 1989, gdy stworzyła Program Kształcenia Integracyjnego, którego celem było stworzenie środowiska akademickiego wolnego od stereotypów i uprzedzeń, uwzględniającego w procesie kształcenia specjalne potrzeby edukacyjne studentów z niepełnosprawnością (T. Zacharuk, B. Gulati, 2009, s. 139).

Działania podejmowane na uczelniach w Polsce były kształtowane w oparciu o doświadczenia dostosowania edukacji wyższej do potrzeb studentów z niepełnosprawnością zainicjowane na arenie międzynarodowej. Ich studiowanie ma dłuższą historię w Stanach Zjednoczonych, w których badania nad studentami z niepełnosprawnością rozpoczęto w 1957 r. Pierwsi studenci to weterani wojenni, którzy doświadczali fizycznej i sensorycznej niepełnosprawności (N. Gelbar i in., 2015, s. 15). W społeczności międzynarodowej funkcjonują organizacje, które wyznaczają standardy kształcenia osób z niepełnosprawnością w edukacji wyższej. Przykładem jest organizacja AHEAD - Association for Higher Education and Disability, która działa od 1977 r. i zrzesza około 2500 instytucji. Polskie uczelnie mogą czerpać wzorce z dobrych praktyk stosowanych w innych krajach, a także z dorobku pedagogiki specjalnej, która poszukuje odpowiedzi na następujące pytania: jak włączyć osobę z niepełnosprawnością w główny nurt edukacji (G. Szumski, 2006, 2010; T. Zacharuk, 2008)? Jak stworzyć osobie z niepełnosprawnością warunki pozwalające na prawidłowy rozwój i samorealizację na przestrzeni całego jej życia (A. Krause 2004; 2011; R. J. Kijak, 2012; Z. Gajdzica, 2013)? Działania podejmowane przez uczelnie, których celem jest przełamywanie barier w środowisku akademickim, a tym samym tworzenie warunków do integracji studentów powinny przebiegać na następujących poziomach: instytucjonalnym - obejmującym działania tworzące warunki do procesu integracji; interpersonalnym - wyrażającym się w relacjach interpersonalnych osób pełnosprawnych i z niepełnosprawnością; wewnątrzpsychicznym, który przejawia się w akceptacji osób z niepełnosprawnością, a także wewnętrznym przekonaniem,

że proces integracji jest potrzebny oraz gotowością do uczestniczenia w nim (A. Krause, 2003, s. 59).

Przedstawione poziomy integracji wyznaczają proces znoszenia barier w społeczności akademickiej. Barierami, które przede wszystkim ograniczają możliwości studiowania osób z niepełnosprawnością, a także obniżają jakość tego doświadczenia edukacyjnego są bariery instytucjonalne: brak odpowiednich regulacji prawnych (zarówno na poziomie ustawowym, jak regulacji wewnątrzuczelnianych), brak właściwego przygotowania organizacyjnego w uczelni (brak specjalistycznych jednostek zajmujących się problemami osób z niepełnosprawnością, brak właściwych wzorców i standardów w dostosowaniu procesu dydaktycznego do potrzeb studentów z niepełnosprawnością), brak właściwej infrastruktury na uczelni (właściwych rozwiązań architektonicznych i technicznych, które wyrównują szanse edukacyjne studentów z niepełnosprawnością) (J. Lipińska-Lokś, 2011, s. 152; L. Kendall, 2016, s. 3), brak właściwego poziomu informacji, który jest połączony z rozbudowaną i powolną biurokracją, niedostosowane sale dydaktyczne, które nie spełniają norm związanych z uniwersalnym projektowaniem przestrzeni (B. M. Camacho, R. Lopez-Gavira, A. M. Diez, 2017, s. 149).

W budowaniu prawidłowych relacji pomiędzy studentami z niepełnosprawnością i pełnosprawnymi przeszkodę dla procesu integracji stanowią bariery interpersonalne, do których zaliczamy postawy pracowników uczelni (brak świadomości potrzeb studentów z niepełnosprawnością, nieznajomość metod i form dostosowania procesu dydaktycznego, stereotypowe postrzeganie studenta z niepełnosprawnością), a także grupy rówieśniczej, ograniczenie kontaktów z kolegami z niepełnosprawnością tylko do sfery dydaktycznej, lęki i obawy wynikające z braku wcześniejszych kontaktów z osobami z niepełnosprawnością, wykluczenie studentów z niepełnosprawnością z możliwości podejmowania decyzji w sprawach ważnych i istotnych dla społeczności akademickiej, organizowanie imprez studenckich bez uwzględniania potrzeb studentów z niepełnosprawnością (M. Monist-Czerwińska, 2010, s. 145; K. Samalova, 2013, s. 603).

W barierach wewnątrzpsychicznych, które są podstawą negatywnych przekonań dotyczących studiowania osób z niepełnosprawnością znajduje się kwestionowanie potrzeby edukacji osób z niepełnosprawnością na poziomie wyższym. Osoby zaangażowane w proces edukacji akademickiej studentów z niepełnosprawnością rozpatrują go wyłącznie w kontekście kariery zawodowej. Dominującym twierdzeniem

jest, że wysiłek edukacyjny osób z niepełnosprawnością jest nieopłacalny, ponieważ przyszłość zawodowa osób z niepełnosprawnością jest niepewna. Jednak edukacja studentów z niepełnosprawnością obok roli przygotowania do rynku pracy pełni także rolę emancypacyjną, podnosi jakość kapitału ludzkiego i społecznego (G. Krzyminiewska, 2008, s. 70). W tym rodzaju barier mieszczą się zachowania, które polegają na zniechęcaniu osób z niepełnosprawnością do studiowania, ponieważ obecność tej grupy osób na uczelni jest utrudnieniem wynikającym z dodatkowych nakładów pracy (A. Rakowska, 2013, s. 59).

Inną klasyfikację barier przedstawia L. Cierpiałowska (2009, s.33), która wskazuje na bariery zewnętrzne i wewnętrzne utrudniające studentom z niepełnosprawnością efektywne przebywanie w środowisku akademickim.

Do barier zewnętrznych w środowisku akademickim zalicza:

- bariery architektoniczne, które w przypadku studentów z niepełnosprawnością ruchową stanowią znaczne utrudnienie w przemieszczaniu się,
- bariery transportowe, które związane są z przemieszczaniem się osób z niepełnosprawnością na dłuższych dystansach,
- bariery w zakresie infrastruktury technicznej, które wiążą się z brakiem dostosowanych urządzeń do potrzeb osób z niepełnosprawnością ruchową czy sensoryczną,
- bariery ekonomiczne, które związane są z koniecznością ponoszenia przez osobę z niepełnosprawnością dodatkowych kosztów wynikających ze stanu zdrowia,
- bariery społeczne, które przejawiają się w postaci nieprawidłowych postaw wobec osób z niepełnosprawnością, a zwłaszcza w braku zrozumienia dla ich potrzeb i praw.

Z kolei bariery wewnętrzne wynikające z doświadczenia niepełnosprawności przez studenta kształtują się następująco:

- problemy wynikające ze stanu zdrowia np.: słaby stan zdrowia może przyczynić się do zwiększonej absencji na zajęciach,
- autobariery, które wiążą się z ograniczeniami tkwiącymi w psychice osoby z niepełnosprawnością,
- niższe kompetencje społeczne, które są niezbędne do pełnienia różnych ról społecznych,
- zaniżona samoocena osób z niepełnosprawnością,
- niedostateczna samoakceptacja w szerokim rozumieniu,
- trudności w akceptacji własnej niepełnosprawności (T. Cierpiałowska, 2009, s. 34).

Obok barier związanych z doświadczeniem niepełnosprawności studenci narażeni są na ograniczenia związane ze zmianą systemu akademickiego z kształcenia humanistycznego, w którym student jest traktowany jako partner nauczyciela akademickiego na model technologiczny. Model technologiczny (prakseologiczny) charakteryzuje się organizacją czynności nauczyciela akademickiego i studenta w sposób zwiększający efektywność procesu kształcenia. W związku z dominacją tego typu kształcenia pojawiają się trudności, które również warunkują bariery zarówno dla studentów pełnosprawnych, jak i z niepełnosprawnością. Należą do nich:

- zbyt duża liczba przedmiotów w planach studiów, kosztem samodzielnej pracy studenta pod kierunkiem nauczyciela akademickiego,
- zbyt duża liczba studentów na niektórych kierunkach studiów, co może utrudniać indywidualne podejście do każdego studenta,
- zwiększenie się liczby prac pisemnych, o charakterze testowym, co obniża możliwości spotkania studenta z nauczycielem akademickim w atmosferze dialogu (S. Palka, 2007, s. 102).

W takich ramach kształcenia pracownicy uczelni, ze względu na dużą liczbę studentów mają ograniczony kontakt ze studentem, a tym samym łatwiej o stereotypowe postrzeganie studentów z niepełnosprawnością. Wyraża się ono w postrzeganiu ich jako mniej sprawnych fizycznie i psychicznie, niepewnych siebie oraz niezadowolonych z własnego życia z powodu trudnych doświadczeń życiowych (W. Dykcik, 2003b, s. 262).

Postawy dyskryminacyjne wobec studentów z niepełnosprawnością mogą przybierać formę niechęci, deprecjonowania osiągnięć osoby z niepełnosprawnością. Formą dyskryminacji jest również postawa litości, która wyraża się w zaniżaniu wymagań, zawyżaniu ocen, a także przyzwoleniu na negatywne zachowania studentów z niepełnosprawnością. Obydwie formy dyskryminacji mają negatywne konsekwencje dla rozwoju osoby z niepełnosprawnością, ponieważ powodują obniżenie poczucia własnej wartości, brak wiary we własne możliwości, a także brak doświadczenia osiągania postawionych celów poprzez własne zaangażowanie, rozwój osobisty oparty na pracowitości, odpowiedzialności i sprawiedliwości (M. Borowska, J. Kubica, 2012, s. 52). Efektem procesu dyskryminacji jest przyjęcie przez studenta roli społecznej osoby z niepełnosprawnością, której przypisany jest szereg ograniczeń, zaś ich przekroczenie wiąże się ze wzbudzeniem ludzkiej ciekawości, a także nieformalną oceną społeczną (J. Lipińska-Lokś, 2011, s. 142). Badania wskazują, że z różnych grup

niepełnosprawności (psychicznej, sensorycznej, choroby przewlekłej) większych trudności doświadczają studenci z niepełnosprawnością sprzężoną i niepełnosprawnością ruchową, a także osoby z wyższym stopniem niepełnosprawności. Dotkliwość doświadczanych barier społecznych wpływa na zdolność poruszania się osób z niepełnosprawnością w środowisku akademickim (J. Úbeda-Colomer, J. Devis-Devis, C. H. P. Sit, 2019, s. 284).

W kontekście przytoczonych rozważań o dyskryminacji nauczyciele akademiccy odgrywają znaczącą rolę w procesie kształcenia studentów, od ich wpływu zależy poziom wykształcenia absolwentów, którzy zakończyli proces edukacji w szkole wyższej (T. Newcombe, 1962, za: K.W. Jaskot, A. Murawska, 2006, s. 118). Ponadto są oni postrzegani jako osoby potrafiące wyzwolić w młodzieży akademickiej twórczą energię, która zwiększa szansę na realizację młodzieńczych celów i aspiracji życiowych (K.W. Jaskot, A. Murawska, 2006, s. 125).

Jednak w ocenie studentów z niepełnosprawnością nauczyciele akademiccy nie są przygotowani do prowadzenia zajęć z uwzględnieniem ich potrzeb. Według nich głównymi przyczynami, które powodują brak dostosowania zajęć są: brak wiedzy o sposobach przekazywania wiedzy osobom z niepełnosprawnością, lęk przed kontaktem z osobami z niepełnosprawnością (M. Kowaluk, A. Bieganowska, 2010, s. 136). Podobne wyniki badań przedstawia A. Kulpa (2010, s. 128), co dziesiąty badany student spotkał się z przykrością ze strony osoby prowadzącej zajęcia. Przykrości wiązały się z odmową udostępnienia materiałów dydaktycznych, nagrywania zajęć na dyktafon, wydłużeniem czasu egzaminów. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez A. Kumaniecką-Wiśniewską (2015, s. 80) studenci doświadczyli niezręczności ze strony wykładowców akademickich, ale w większości przypadków wykazywali się oni wrażliwością, o której świadczy wydłużanie czasu egzaminów, a także pożyczanie materiałów dydaktycznych. Postawy nauczycieli akademickich wobec studentów z niepełnosprawnością w świetle przytoczonych badań kształtują się od negatywnego do pozytywnego i empatycznego spojrzenia na jego sytuację.

W literaturze przedmiotu zostały wyodrębnione następujące rodzaje postaw nauczycieli akademickich wobec studentów z niepełnosprawnością:

- postawa pragmatyczna – nauczyciel jest skoncentrowany na osiągnięciu wysokich rezultatów w zakresie przekazania wiedzy z wykładanego przedmiotu. Nie stosuje on żadnych dostosowań dla studentów z niepełnosprawnością, a także nie wykazuje

żadnych uprzedzeń i stereotypów. Student z niepełnosprawnością jest uczestnikiem procesu edukacyjnego, a tym samym powinien spełnić takie same wymagania, na takich samych warunkach, jak studenci pełnosprawni;

- postawa empatyczna – nauczyciel stara się poznać przyczyny, skutki i czas trwania niepełnosprawności, jest on również zainteresowany przebiegiem edukacji studenta z niepełnosprawnością. W procesie przekazywania i oceniania nauczyciel stosuje własny styl oceniania na podstawie pozyskanych informacji od studenta, a także obniża poziom przekazywania wiedzy kierując się tylko i wyłącznie przesłankami płynącymi z niepełnosprawności;
- postawa zaniepokojenia – nauczyciel w kontakcie ze studentem odczuwa niepokój, a nawet lęk, nie stosuje on żadnych dostosowań do procesu dydaktycznego, unika studenta tak, by nie konfrontować się z jego problemami. W konsekwencji studenci pełnosprawni nabierają przekonania, że student z niepełnosprawnością nie jest pełnowartościowym członkiem społeczności akademickiej (W. J. Moś, 2009, s. 108).

Przedstawiona klasyfikacja postaw nauczycieli akademickich nie wyczerpuje złożoności relacji pomiędzy studentem a nauczycielem akademickim. Jednak wskazuje ona na trudności, jakich doświadczają studenci z niepełnosprawnością w toku zdobywania wiedzy.

Okres studiów wiąże się z przynależnością do współczesnej warstwy inteligencji, której tradycyjnie przypisywano wysoki prestiż, wiążący się nie tylko z potrzebami kulturalnymi, ale nawet z tworzeniem kultury poprzez formułowanie wzorów do naśladowania dla reszty społeczeństwa w zakresie stylu życia, wartości, a także postaw (K. Knasiecka-Falbierska, 2013, s. 303). Studenci z niepełnosprawnością, podobnie jak studenci pełnosprawni, rozwijają w tym okresie nawyki związane z uczestniczeniem w kulturze wysokiej, która przejawia się w uczestniczeniu w takich formach kultury jak: kino, muzeum, sesje naukowe, koncerty symfoniczne. Uczestnictwo w kulturze ma znaczenie dla normalizacji życia osób z niepełnosprawnością. Niestety, jak wskazuje T. Cierpiałowska (2006, s. 175) barierą w uczestnictwie w kulturze młodzieży z niepełnosprawnością są trudności finansowe, a także bariery w obiektach kulturalnych.

Edukacja wyższa jest dla osób z niepełnosprawnością szansą na poprawę sytuacji życiowej. Bariery mogą przyczynić się do powstania nierówności edukacyjnych, które w wyniku nałożenia się na siebie różnych czynników: podmiotowych, poziomu kapitału kulturowego i społecznego rodziny studenta

są dodatkowo wzmacniane przez organizację (np.: strukturę, nauczycieli, sposób finansowania) i funkcjonowanie szkoły wyższej (np.: modele nauczania, kulturę organizacyjną, selekcję), a także przez interakcje, które zachodzą w środowisku (I. Chrzanowska, 2009, s. 53). Przedstawione bariery o różnym charakterze mogą w konsekwencji przyczyniać się do marginalizowania osób z niepełnosprawnością w procesie kształcenia, również w formie obniżania wymagań, co w konsekwencji zmniejsza szanse osób z niepełnosprawnością na poradzenie sobie z wymaganiami płynącymi z dorosłego życia (I. Chrzanowska, 2009, s. 69, Z. Gajdzica, 2015, s. 222, M. Bełza, 2017, s. 49; A. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 80).

Dlatego uczelnie wyższe podejmują działania, których celem jest stworzenie środowiska dostępnego dla studentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności tak, by mogli oni pełnić rolę studenta, który na równych prawach ze studentami pełnosprawnymi podejmuje obowiązki akademickie.

1.4.2. Dostosowanie uczelni wyższych do potrzeb studentów z niepełnosprawnością

Prawo do studiowania osób z niepełnosprawnością wynika zarówno z przesłanek prawnych (T. Cierpiałowska, 2009, s. 198; M. Kowaluk, A. Bieganowska, 2010, s. 135; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 70), jak również aksjologicznych związanych z godnością osoby z niepełnosprawnością podejmującej zadanie samorozwoju, pomimo trudności wynikających z niepełnosprawności (G. Godawa, 2012, s. 31). Wykształcenie wyższe osób z niepełnosprawnością nabiera również coraz większego znaczenia społecznego, ponieważ stwarza większe szanse na odgrywanie eksponowanych ról społecznych, a także wykonywanie ważnych społecznie zadań. Pomimo obiektywnie mniejszego uposażenia, pomniejszonego przez uwarunkowania zdrowotne, które przyczyniają się do konieczności przezwyciężania przez osobę z niepełnosprawnością różnego typu trudności i ograniczeń, edukacja na poziomie wyższym przyczynia się do zwiększania szans życiowych tej grupy osób (A. Mikrut, 2013, s. 46). Konieczność podejmowania przez szkołę wyższą zadań związanych z wyrównywaniem szans studentów z niepełnosprawnością wynika ze zmiany sposobu myślenia o niepełnosprawności, od traktowania jej jako problemu z zakresu opieki społecznej do przyjęcia perspektywy, w której jest ona traktowana jako problem równościowy. Nowe spojrzenie oznacza włączenie osób z niepełnosprawnością w politykę rozwoju,

a tym samym zmianę opresyjnych doświadczeń na doświadczenia o charakterze rozwojowym (K. Beauchamp-Pryor, 2012, s. 265). A. Bieganowska-Skóra (2017, s. 50) wyjaśnia, że syndromem naszych czasów są ciągłe kontakty z drugim jako „innym”, obcym, dlatego tak istotnym jest podjęcie starań, by inność stała się atutem różnorodności i bogactwa społeczeństwa. Natomiast S. Riddell, T. Tinklin T, A. Wilson (2005, s. 634) wskazują, że rozszerzająca się polityka zwiększania dostępu studentów z niepełnosprawnością do edukacji i rynku pracy jest odzwierciedleniem poglądu, że publiczne zarządzanie ma służyć sprawiedliwości społecznej, a także efektywności publicznej.

Jednak, aby opisane postulaty teoretyczne mogły zostać zrealizowane niezbędne są działania po stronie uczelni wyższych, których celem jest wyrównanie szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnością. Na złożoność procesu dostosowania w środowisku akademickim wskazują bariery, które dotyczą różnych poziomów integracji (A. Krause, 2003, s. 59) i sfer funkcjonowania akademickiego studentów z niepełnosprawnością (M. Parchomiuk, 2010, s. 17), a tym samym warunkują one wielowymiarowość procesu kreowania środowiska dostępnego dla studentów z niepełnosprawnością. Dostosowanie uczelni do potrzeb studentów z niepełnosprawnością jest procesem, którego celem jest integracja (C. Funckes, 2010, s. 9; M. Monist-Czerwińska, 2010, s. 145; J. Lipińska-Lokś, 2013, s. 101; A. Mikrut, 2013, s. 45), stworzenie edukacji wyższej opartej na paradygmacie edukacji równych szans (T. Cierpiałowska, 2009, s. 185; M. Kowaluk, A. Bieganowska, 2010, s. 135), inkluzja (J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 81), a także uczestnictwo studentów z niepełnosprawnością w społeczności akademickiej (M. Bolińska, 2015, s. 52; por. K. Black-Hawkins, 2013, s. 93).

Proces dostosowania uczelni składa się z dwóch podstawowych wymiarów:

1. tworzenie dostępnego środowiska akademickiego w wymiarze instytucjonalnym, interpersonalnym i wewnątrzpsychicznym (A. Krause, 2003, s. 59). Proces ten wyraża się w podejmowaniu działań, których celem jest znoszenie barier stanowiących ograniczenia dla poszczególnych poziomów procesu integracji, a także obejmujących różne sfery funkcjonowania akademickiego;
2. wspierania i wspomagania studenta z niepełnosprawnością w realizacji zadań wynikających z podjętej roli społecznej. Wspieranie odnosi się przede wszystkim do warunków i okoliczności, w jakich następuje rozwój studenta,

jego postaw i przekonań, zaś wspomaganie odnosi się do dynamizowania, wzmacniania czynników sprzyjających utrwalaniu korzystnych sił, mechanizmów i tendencji w studencie z niepełnosprawnością (por. M. Zaorska, 2017, s. 28).

Jednak, aby proces wspierania i wspomagania mógł spełniać właściwe standardy wynikające z podmiotowości i godności osoby z niepełnosprawnością, nie zaś przyczyniał się do odwróconej dyskryminacji i ograniczania samodzielności (J. Filek, 2015, s. 2) Prezydium Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich opracowało następujące zasady wsparcia edukacyjnego studentów z niepełnosprawnością:

- indywidualizacja – adaptacje dla osoby z niepełnosprawnością powinny uwzględniać indywidualne potrzeby edukacyjne, które wynikają z jej stanu zdrowia, specyfiki zajęć oraz warunków w jakich się odbywają;
- podmiotowość – uwzględnienie autonomii osoby z niepełnosprawnością, a także jej prawa o decydowaniu za siebie;
- rozwijanie potencjału osoby z niepełnosprawnością w związku z realizowanym przez nią procesem kształcenia;
- racjonalne dostosowania – adaptacje powinny być racjonalne ekonomicznie, a jednocześnie skutecznie wyrównywać szanse osób z niepełnosprawnością;
- utrzymanie standardu akademickiego – adaptacja powinna spełniać kryteria merytoryczne obowiązujące wszystkich studentów;
- adaptacje najbliższe standardowemu przebiegowi zajęć – adaptacja ma w racjonalny sposób wyrównać szanse, w sposób optymalny dla danych zajęć akademickich;
- równe prawa i obowiązki – osoby z niepełnosprawnością mają takie same obowiązki, jak studenci pełnosprawni, zaś adaptacje mają na celu pomoc w realizacji tych obowiązków (Dokument nr 52/VI, 2016, Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich).

W myśl przedstawionych standardów studenci z niepełnosprawnością podlegają tym samym regulacjom prawnym, które obowiązują również studentów pełnosprawnych. Dokumentem regulującym prawa i obowiązki studentów na każdej uczelni jest Regulamin Studiów. Studenci z niepełnosprawnością, podobnie jak studenci pełnosprawni zaliczają sesję, uczestniczą w ćwiczeniach i wykładach, korzystają ze wsparcia w wymiarze, który pozwala na kompensację ograniczeń wynikających z niepełnosprawności, a więc służy wyrównywaniu szans edukacyjnych w stosunku do pozostałych studentów (m.in. M. Garbat, 2011a, s. 91; J. Lipińska-Lokś, 2013,

s. 110; B. Tylewska-Nowak, R. Durda, 2013, s. 200). Przedstawione standardy mające formalny charakter współbrzmią z zasadami opracowanymi przez T. Cierpiałowską (2009, s. 185), które stanowią podstawę paradygmatu edukacji równych szans: podmiotowości, dialogu, wsparcia, integracji i pełnego uczestnictwa, indywidualnego i elastycznego podejścia.

Dodatkowymi zadaniami związanymi z dostosowaniem uczelni wyższych do potrzeb osób z niepełnosprawnością zajmują się przede wszystkim specjalnie powołane do tego zadania uczelniane jednostki, które tradycyjnie noszą nazwę Biur ds. Osób Niepełnosprawnych. Podobne rozwiązania organizacyjne, które mają służyć studentom o różnych rodzajach niepełnosprawności, powstały również na uczelniach amerykańskich i europejskich. Głównym zadaniem tych jednostek jest wsparcie studentów z niepełnosprawnością oraz współpraca z kadrą akademicką (m.in. M. Perdeus-Białek, 2007, s. 139; M. Garbat, 2011b, s. 212; M. Bolińska, 2015, s. 56; E. Zakrzewska-Manterys, 2015, s. 32).

Szczegółowe działania, które są podejmowane w pierwszej kolejności, w celu wyrównania szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnością prezentują się następująco:

- udzielanie studentom z niepełnosprawnością wsparcia finansowego w postaci stypendiów specjalnych,
- powoływanie na uczelniach biur lub pełnomocników ds. studentów z niepełnosprawnością,
- dokonywanie szczegółowych zapisów w statutach i regulaminach, które regulują zasady rekrutacji, zaliczania przedmiotów i zdawania egzaminów, odbywania praktyk,
- dostosowanie architektoniczne budynków dydaktycznych uczelni, bibliotek, a także wyposażenie ich w sprzęt umożliwiający udział w zajęciach studentom z niepełnosprawnością sensoryczną,
- powoływanie Zrzeszeń Studentów Niepełnosprawnych, organizacja dni adaptacyjnych (I. Fornalik, 2006, s. 221).

Wymienione działania mają na celu stworzenie na uczelni wyższej struktur, wyrównujących szanse studentów z niepełnosprawnością w wymiarze finansowym, instytucjonalnym, prawnym, architektonicznym, a także społecznym. Jednak ten katalog działań może być niewystarczający dla stworzenia właściwych warunków dla studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim. W kolejnych opracowaniach badacze wskazują na potrzebę ciągłości wsparcia od etapu rekrutacji

i pierwszych dni na uczelni, aż po zakończenie studiów i wyjście na rynek pracy (M. Bełza, I. Fajfer-Kruczek, 2011, s. 395). Dlatego jednostki działające na rzecz studentów z niepełnosprawnością, a także uczelnie poszerzają katalog działań podejmowanych na rzecz studentów z niepełnosprawnością o następujące formy wsparcia: transport na uczelnię (M. Garbat, 2011b, s. 215; Zakrzewska-Manterys, 2015, s. 32), dodatkowe pomoce techniczne (V. L. Perelson, 2010, s. 31; M. B. Coleman, 2011, s. 3; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 128), wsparcie asystenta (A. Szczesiul, 2017, s. 86; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 128), rozwój aktywności fizycznej (M. Garbat, 2011b, s. 219; J. Wieczorek, V. Prusińska, 2015, s. 277; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 146), aktywizację społeczną i zawodową (E. Sarzyńska, 2010, s. 199; M. Garbat, 2011a, s. 216; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 142); dodatkowe zajęcia o różnym charakterze (B. Tylewska-Nowak, R. Durda, 2013, s. 195; A. Nabiałek, 2013, s. 163-171; H. Ochonczenko, 2015, s. 285; M. Bolińska, 2015, s. 50; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz 2018, s. 142); pomoc psychologiczną (M. Garbat, 2011b, s. 215; R. Durda, B. Tylewska-Nowak, 2013, s. 201; M. Bolińska 2015, s. 54, J. Sztobryn-Giercuszkiewicz 2018, s. 142).

Przedstawione działania są realizowane przez różne uczelnie w celu wyrównywania szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnością. Skoncentrowane są one w głównej mierze na sferze dydaktycznej i zwiększeniu aktywności studentów w społeczności akademickiej. Jednak zwiększenie uczestnictwa społecznego studentów z niepełnosprawnością wymaga poszerzenia perspektywy podejmowanych działań o następujące założenia:

1. uczestnictwo studentów z niepełnosprawnością dotyczy wszystkich członków szkoły i wszystkich aspektów jej funkcjonowania,
2. uczestnictwo jest procesem bez wyraźnego zakończenia, który jest powiązany z barierami w uczestnictwie,
3. uczestnictwo dotyczy szacunku dla różnorodności,
4. uczestnictwo jest koncepcyjnie zdystansowane od narodów i specjalnych potrzeb edukacyjnych,
5. uczestnictwo wymaga aktywnego uczenia się i współpracy od wszystkich członków,
6. uczestnictwo wymaga aktywnego prawa członków do przyłączenia się,
7. uczestnictwo opiera się na relacji wzajemnego uznania i akceptacji (K. Black-Hawkins, 2013, s. 94).

Dlatego podejmowane działania przez uczelnie wyższe wymagają sięgnięcia do idei organizacji uczącej się. Zgodnie z koncepcją P. Dalina i V. Rust (za: Z. Kwieciński, 1998, s. 67) szkoła jako organizacja i społeczność ucząca się, współpracuje w celu profesjonalnego rozwoju nauczycieli, a także korzysta z zasobów dostępnych w jej otoczeniu społecznym. Pojęcie organizacji uczącej się zostało rozwinięte w teorii zarządzania, a oznacza ono proces nieustannego uczenia się poszczególnych członków organizacji, jak również organizacyjnym zdobywaniu wiedzy (P. M. Senge, 2012, s. 153). Zastosowanie pojęcia organizacji uczącej się do kształcenia studentów z niepełnosprawnością oznacza zaangażowanie wszystkich członków społeczności akademickiej w podnoszenie jakości kształcenia studentów z niepełnosprawnością. Koncepcja zaproponowana przez P. M. Senge (za: B. Skotnicka, 2017, s. 77) zakłada, że każdy podmiot tworzący szkołę wyższą, czyli władze rektorskie, nauczyciele akademiccy, pracownicy administracyjni, pracownicy biur ds. osób niepełnosprawnych, studenci mają za zadanie poszerzanie swojej wiedzy, ale również rozwijanie umiejętności dialogu z innymi podmiotami i wspólnego konstruowania pomysłów oraz modeli działania. Szczególnym zadaniem nauczycieli akademickich jest podnoszenie wiedzy z zakresu potrzeb osób z niepełnosprawnością oraz przygotowywanie dostosowanych zajęć dydaktycznych. Sprostanie temu zadaniu wiąże się z przeszkoleniem kadry akademickiej tak, by faktycznie mogła prowadzić zajęcia, w których jednym z priorytetów jest wyrównywanie szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnością, przy jednoczesnym zachowaniu obowiązujących standardów akademickich (D. Kukla, W. Duda, M. Czerw-Bajer, 2011, s. 30).

W zakresie rozwoju metod pracy pracowników dydaktycznych Uniwersytet Warszawski promuje ideę uniwersalnego projektowania zajęć dydaktycznych (Universal design in education). Pojęcie to powstało w nawiązaniu do „uniwersalnego projektowania", które polega na takim kreowaniu otoczenia i produktów, by spełniały kryteria dostępności dla wszystkich osób bez dodatkowych adaptacji. Twórcą tego pojęcia był architekt R. Mace (za: A. Olechnowicz, 2016, s. 295), który kierował w Stanach Zjednoczonych pracami Centrum Uniwersalnego Projektowania.

Projektowanie uniwersalne ma następujące zastosowanie w planowaniu zajęć dla studentów z niepełnosprawnością:

- określenie rodzaju kursu – opisane cele i treści nauczania,
- zdefiniowanie otoczenia – uwzględnienie w projektowanym kursie różnorodności studentów, czyli wieku, pochodzenia, stylu uczenia się, niepełnosprawności,

- zaangażowanie studentów – możliwość uwzględnienia perspektywy studenta poprzez zaangażowanie go w proces tworzenia i doskonalenia kursu,
- dobranie strategii nauczania – zintegrowanie teorii i metod uczenia oraz nauczania do wymagań merytorycznych kursu i potrzeb studentów,
- zastosowanie metod nauczania dostosowanych do potrzeb studentów - metody, materiały, aktywności i sposoby oceny tak, by zapewnić uczestnikom procesu możliwość optymalnej nauki,
- uwzględnienie ułatwień – student mimo wszystko może napotkać utrudnienia,
- ocena – monitorowanie procesu poprzez obserwację, a także uzyskiwanie informacji zwrotnej (C. Funckes, 2010, s. 20).

W projektowaniu uniwersalnym zajęć dydaktycznych zmienia się relacja pomiędzy studentem a nauczycielem akademickim, w której student z roli biernego obserwatora staje się osobą współdzielącą odpowiedzialność za realizację celów nauczania. Uniwersalne projektowanie zajęć dydaktycznych zakłada włączenie do procesu nauczania nowych technologii, które ułatwiają korzystanie z kursów studentom niepełnosprawnym, ale także mają zasadnicze znaczenie dla obecnych pokoleń studentów powszechnie korzystających z najnowszych osiągnięć informatycznych (V. L. Perelson, 2010, s. 24).

Osobnym zagadnieniem jest dostosowanie zajęć związanych z aktywnością sportową studentów z niepełnosprawnością. Brak podejmowania przez młode osoby z niepełnosprawnością aktywności fizycznej prowadzi do pogorszenia ich stanu zdrowia, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Aktywność sportowa pozwala studentom z niepełnosprawnością ruchową na przekraczanie kolejnych barier psychicznych i fizycznych, a tym samym wzmacnia przeżywanie własnej osoby bez stygmatu i poczucia piętna społecznego (J. Niedbalski, 2015a, s. 235), a także jest środkiem wspomagającym ich proces inkluzji (M. Wilski, 2010, s. 241). Dostosowanie zajęć sportowych wymaga odpowiednich rozwiązań o charakterze technicznym, zaś zadaniem prowadzącego zajęcia jest uwzględnienie w ich programie możliwości funkcjonalnych, stanu zdrowia oraz zainteresowań studentów z niepełnosprawnością (S. Adyrkhaiev, L. Adyrkhaieva, 2017, s. 102). Odpowiednio dostosowane do osób z niepełnosprawnością zajęcia sportowe przyczyniają się do kojarzenia aktywności fizycznej z poczuciem zadowolenia i sukcesu, z pewniejszym posługiwaniem się własnym ciałem, a tym samym ze wzrostem samooceny (M. Wilski, 2010, s. 245).

Obok zadania związanego z dostosowaniem procesu dydaktycznego nauczyciele akademiccy w pracy ze studentem z niepełnosprawnością niezależnie od przedmiotu, który wykładają mają za zadanie przedstawianie różnorodności świata, a także bogactwa relacji międzyludzkich. Doświadczenie nauczycieli akademickich wraz z wiedzą o złożoności rzeczywistości może stanowić element wychowawczy, który pomaga w przygotowaniu do normalnego życia, poprzez zachęcanie do pokonywania przeciwności wynikających z niepełnosprawności (W. Dykcik, 2003b, s. 258; W. J. Moś, 2009, s. 111).

Budowanie właściwych relacji studentów z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej jest zadaniem ważnym, ponieważ jest jednym z czynników wpływających na jakość studiowania. Uczelnia wyższa jest ostatnim szczeblem kształcenia, zaś grupy studenckie są miejscem nawiązania relacji, które decydują o tworzeniu i transferze kultury (E. Bochno, 2013, s. 226). Przykładem grup studenckich stworzonych dla studentów z niepełnosprawnością są Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych. Pierwsza taka organizacja w Polsce powstała na Akademii Górniczo-Hutniczej, do jej zadań należało organizowanie obozów adaptacyjnych dla studentów z niepełnosprawnością, imprez integracyjnych, warsztatów, kursów. Działania te pomagają studentom z niepełnosprawnością w odnalezieniu się w grupie rówieśniczej (A. Kulpa, 2010, s. 120). Działalność w Zrzeszeniu dla studentów z niepełnosprawnością obok nabywania kompetencji społecznych wiąże się z doświadczeniem bycia partnerem i współpartnerem dla środowiska akademickiego. Jest to jeden z warunków psychologicznych, który stanowi o komforcie życia osób z niepełnosprawnością (I. D. Karwat, L. Jabłoński, Sz. Krupa, 2002, s. 188). Dodatkowo właśnie w Zrzeszeniach osoby z niepełnosprawnością nabywają zachowań prospołecznych, których podstawą jest poczucie sprawstwa, optymistyczna wizja przyszłości i wyobraźnia obywatelska. Kompetencje te są niezbędne do bycia i działania przez osoby z niepełnosprawnością w społeczeństwie obywatelskim, niezależnie od ograniczeń płynących z niepełnosprawności. Osoby z niepełnosprawnością powinny przejawiać inicjatywę społeczną, w celu zagwarantowania swojej grupie społecznej samodzielności, komfortu życia i wolności (K. Kokot, 2007, s. 388). W badaniach przeprowadzonych za pomocą ankiet, osoby z niepełnosprawnością w następujący sposób relacjonowały doświadczenia wynikające z zaangażowania w działania na rzecz własnej społeczności: „mówiłem własnym głosem", „poczucie osiągnięć pomimo przeciwności", „nauczyłem się udzielać

wsparcia innym osobom, które doświadczają niepełnosprawności" (C. Grant, 2014, s. 80).

Dostosowanie uczelni do potrzeb studentów z niepełnosprawnością jest procesem wielowymiarowym, który wciąż wymaga rozwoju i działań na różnych płaszczyznach. Jednak warto podkreślić korzyści, które przyczyniają się do wzbogacenia nie tylko społeczności akademickiej, ale również całego społeczeństwa. Należą do nich m. in.:

- korzyści dla uczestników procesu dydaktycznego (nauczycieli akademickich i studentów pełnosprawnych), które wynikają z konieczności jego dostosowania dla studentów z niepełnosprawnością, co skłania wykładowcę do kreatywności, innowacyjności w podejściu do wykładanych treści, a tym samym może pozytywnie wpłynąć na przełamywanie rutyny. Natomiast dla studentów pełnosprawnych jest szkołą kontaktu z *Innym,* nabywania umiejętności tworzenia satysfakcjonujących relacji, a także zrozumienia, że każdy ma prawo do realizacji swoich potrzeb i aspiracji. Studenci pełnosprawni mogą nabyć doświadczenia w kontakcie z rówieśnikiem, z którym mogli nie mieć doświadczeń na wcześniejszych etapach edukacji:
- korzyści dla innych osób z niepełnosprawnością, które wyrażają się przede wszystkim w budowaniu pozytywnego wizerunku w społeczeństwie, poprzez obalenie mitów związanych ze stereotypowym postrzeganiem osób z niepełnosprawnością;
- korzyści dla ogółu społeczeństwa, które wyrażają się w zyskach ekonomicznych związanych z podejmowaniem przez wykształcone osoby z niepełnosprawnością pracy, a tym samym zwiększenie ich samodzielności finansowej, co wiąże się z odciążeniem systemu świadczeń rentowych (T. Cierpiałowska, 2009, s. 28).

Przykładem korzyści dla społeczności akademickiej wynikających z postępu w zakresie dostosowania uczelni wyższych do potrzeb studentów z niepełnosprawnością, a także wdrażania rozwiązań opartych o ideę projektowania uniwersalnego są projekty, które odpowiadały na potrzeby studentów doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego i poruszały zagadnienia higieny zdrowia psychicznego (D. Nowak-Adamczyk, 2014, s. 83; K. Skalska, 2018, s. 154), a także miały charakter profilaktyczny związany z przeciwdziałaniem zachowaniom samobójczym wśród młodzieży akademickiej (K. Skalska, 2019, s. 183). Przykłady te wskazują, że proces dostosowania uczelni wyższej do potrzeb studentów z niepełnosprawnością pozwala dostrzegać nowe problemy, które przyczyniają się do podniesienia jakości życia całej społeczności akademickiej, a także poszerza kategorię dostępności uczelni o nowe

problemy społeczne jak np.: zagadnienia zdrowia psychicznego czy profilaktyka zachowań samobójczych wśród młodzieży akademickiej.

Edukacja jest szansą na poprawę jakości życia osób z niepełnosprawnością, a szczególnie wyrównywanie szans życiowych (B. Szczupał, 2010, s. 33). Studia wyższe przypadają na okres wczesnej dorosłości, której głównym zadaniem jest przygotowanie i podjęcie ról społecznych przypisywanych osobom dorosłym. Odroczenie podjęcia tych zadań jest inwestycją społeczną młodej osoby z niepełnosprawnością, jej rodziny, jak również całego społeczeństwa. By szansa, jaką niesie ze sobą proces zwiększenia dostępności edukacji wyższej do potrzeb studentów z niepełnosprawnością została wykorzystana, konieczne jest uwzględnienie w procesie kształcenia osób z niepełnosprawnością uwarunkowań wynikających z okresu rozwojowego, jakim jest wczesna dorosłość, potrzeb, które wiążą się z edukacją osób z niepełnosprawnością, a także mechanizmów i zasad funkcjonowania środowiska akademickiego, wymagań związanych z kontekstem społeczno-gospodarczym, szczególnie zaś wymagań związanych z rynkiem pracy (T. Cierpiałowska, 2009, s. 185).

Dostosowanie uczelni wyższej do potrzeb studentów z niepełnosprawnością jest procesem, który jest podejmowany przez konkretne środowisko akademickie, co oznacza działania w określonym środowisku fizycznym (znoszenie barier o charakterze architektonicznym, transportowym, fizjograficznym), a także społecznym posiadającym określoną wiedzę i doświadczenia dotyczące funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Poziom dostosowania uczelni tworzy kontekst studiowania dla poszczególnych studentów z niepełnosprawnością. Pojęcie to można więc rozumieć jako proces związany z osiąganiem kolejnych etapów integracji (por. A. Krause, 2003, s. 59), w wymiarze społecznym, indywidualnym i organizacyjnym (S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 2), ale również jako cel tego procesu. Dostępność może być również traktowana jako kryterium oceny danego środowiska w kontekście występujących w nim barier (por. J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 112). Włączenie osób z niepełnosprawnością oznacza pewnego rodzaju proces, który polega na rozszerzeniu zadań szkoły (E. M. Minczakiewicz, 2009, s. 340).

Jednym z kryteriów oceny dostępności uczelni wyższej jest możliwość rozwijania autonomii studentów z niepełnosprawnością, która jest ważna nie tylko z punktu widzenia rozwoju osobowego, ale również wymagań, jakie niesie ze sobą współczesny świat (A. Krause, 2011, s. 58).

Rozdział II
Problematyka autonomii

Termin „autonomia” wywodzi się z greckiego autos (samodzielny) nomos (prawo, norma, zwyczaj, zasada, założenie). Po raz pierwszy pojęcie to zostało użyte w stosunku do niezależnych rządów sprawowanych przez wolne helleńskie państwa-miasta. W starożytnej Grecji autonomia stanowiła centralną kategorię polityczną (T. L. Beauchamp, J. F. Childress, 1996, s. 131). Autonomię utożsamia się ze swobodą działania, suwerennością jednostki, wolnością woli i godnością, integralnością moralną, indywidualnością, niezależnością, odpowiedzialnością, samowiedzą, akceptacją samego siebie, krytyczną refleksją, wolnością od zobowiązań, nieobecnością zewnętrznych przyczyn i znajomością własnych interesów (P. Łuków, 2005, s. 127). Pojęcie autonomii różni się od pojęcia autarkia „samowystarczalność, niezawisłość” (P. Jaroszyński, 2000, s. 420), a także od heteronomii, która oznacza „współzależność” (S. Kamiński, 2000, s. 423).

Rozważania teoretyczne nad autonomią swym początkiem sięgają filozofii, by następnie rozwijać się w innych dyscyplinach naukowych. Autonomia jest pojęciem, które jest rozpatrywane, zarówno w kontekście jednostki, jak w kontekście korelacji ze strukturą organizacyjną, posiada ono specyficzne dla siebie znaczenia w różnych dziedzinach życia społecznego, kulturowego, gospodarczego, politycznego czy naukowego (B. Wiśniewska-Paź, 2009, s. 37). Autonomia zajmuje także ważne miejsce w etyce medycznej, a szczególnie w relacjach między pacjentem a lekarzem (T. L. Beauchamp, J. F. Childress, 1996, s. 139; P. Łuków, 2005, s. 129). Może ona oznaczać niezależność człowieka od środowiska naturalnego lub instytucji i społeczeństwa (J. Bańka, 1983, s. 131). Niezależność człowieka od środowiska naturalnego jest możliwa dzięki technice, w takim rozumieniu człowiek pierwotny był „przyrodniczo nieautonomiczny” (J. Bańka, 1983, s. 131). W ujęciu tego samego autora człowiek współczesny jest „nieautonomiczny społecznie”. W socjologii autonomia jest rozumiana jako „zjawisko zdeterminowane kulturowo”, które jest ograniczone przez podporządkowanie jednostki autorytetowi społeczeństwa (B. Jezierska, 2003, s. 245).

Na płaszczyźnie naukowej autonomia teoretyczna i metodologiczna pojmowana jest jako odrębność, wolność w prowadzeniu badań różnych aspektów rzeczywistości. Jest ona wymierzona przeciwko redukcjonizmom zmierzającym do fizykalizmu,

biologizmu, psychologizmu, matematyzmu czy logicyzmu (J. Dębowski i in., 1996, s. 47).

Kwestia autonomii człowieka nabrała szczególnego znaczenia w epoce Oświecenia, gdy przestała dominować starożytna perspektywa kosmologiczna, która traktowała człowieka jako element kosmosu, a także średniowieczna perspektywa teologiczna, w której człowiek był zależny od Boga. W tym okresie historycznym człowiek zaczął być traktowany jako podmiot, który jest w stanie poznać prawdę. Dominującym pojęciem w tym okresie stała się wolność we wszystkich dziedzinach życia: religii, gospodarce, polityce i nauce (B. Wiśniewska-Paź, 2009, s. 44).

Autonomia jest pojęciem, które w psychologii i pedagogice nabrało szczególnego znaczenia na bazie zmian, w których dostrzeżono rolę podmiotu. Nie bez znaczenia dla dowartościowania podmiotu jako przedmiotu badań ma także współczesna kultura. Ograniczona jest znacznie przewidywalność życia ludzkiego, co wynika z możliwości indywidualnego dobierania celów, a także poszerzania ich zakresu znacznie szerzej niż to wynika z zadań rozwojowych. Na takim tle społecznym większego znaczenia nabiera autonomia człowieka, ponieważ jego pole możliwości jest znacznie szersze, niż przestrzeń wyznaczona przez normy i oczekiwania społeczne (P. Oleś, 2011, s. 51).

Współcześnie autonomia stała się także zasadą, według której państwo powinno szanować zdolność jednostki do kwestionowania, modyfikowania przyjmowanych wartości i celów życiowych. Państwo ma obowiązek w taki sposób dystrybuować dobra, by każda jednostka mogła wieść dobre życie oparte o jej wybory (M. Środa, 2003, s. 137). Taki model społecznego myślenia znajduje odzwierciedlenie w Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych (2017, s. 9), w zasadach ogólnych tego dokumentu, regulującego prawnie życie osób z niepełnosprawnością w najważniejszych aspektach ich funkcjonowania. Autonomia osoby jest wymieniona w pierwszej zasadzie obok poszanowania godności, swobody dokonywania wyborów, a także poszanowania niezależności osoby. Autonomia w przypadku osób z niepełnosprawnością wiąże się z holistyczną, nasyconą bardziej ideologicznie koncepcją niezależnego życia (D. Podgórska-Jachnik, 2013, s. 48). Jest ona nieodłącznie związana z odchodzeniem od postaw segregacyjnych, a także medykalizacji statusu osób z niepełnosprawnością, które panowały w XIX wieku i pierwszej połowie XX wieku na rzecz rehabilitacji i edukacji w naturalnych warunkach życia osoby z niepełnosprawnością, tak by mogła się ona spełniać

w różnych rolach społecznych, a tym samym posiadać pełnoprawną pozycję społeczną (P. Kubicki, 2017, s. 36; M. Zaorska, 2017, s. 22).

Autonomia jest pojęciem, które jest rozwijane w różnych dyscyplinach naukowych. Rozważania nad autonomią osoby z niepełnosprawnością wymagają analizy tego pojęcia na gruncie filozofii, która zadaje fundamentalne pytania dotyczące istoty i całościowego zrozumienia świata, psychologii badającej mechanizmy i prawa rządzące psychiką i zachowaniem człowieka, socjologii analizującej funkcjonowanie i zmiany społeczne, a także w pedagogice, czyli nauce o wychowaniu człowieka. Ostatnią dyscypliną, w której zostanie dokładnie opisana autonomia osoby z niepełnosprawnością ruchową jest pedagogika specjalna. Interdyscyplinarna analiza pojęcia autonomia pozwala na poszerzenie perspektywy poznawczej nie ograniczając jej tylko do pedagogiki specjalnej, a także wskazuje na uniwersalne znaczenie autonomii w życiu każdego człowieka.

2.1. Pojęcie autonomii w różnych dyscyplinach naukowych

Na gruncie filozofii autonomia jest definiowania przede wszystkim jako wolność wyboru, woli, decyzji. Arystoteles definiował wolność jako akt tkwiący w człowieku, który jest zależny od jego woli i zdolności kierowania własną wolą za pomocą rozumu. Wolny akt jest niezależny od uwarunkowań zewnętrznych. (za: B. Jezierska, 2003, s. 245) Podkreślał, że wolność jest sposobem istnienia osoby, która dąży do osiągnięcia autonomii. W filozofii autonomia jest także definiowana jako właściwość samostanowienia (S. Kamiński, 2000, s. 423).

Filozofem, który w historii filozofii wyakcentował autonomię myślącego podmiotu był Kartezjusz (za: D. Wajsprych, 2011, s. 77). Przyjął on, że punktem wyjścia dla filozofii jest podmiot, w którym myślenie jest traktowane jako zjawisko psychiczne, towarzyszące świadomości, a zawarte w nim są uczucia, popędy i wola (Cz. Bartnik, 2001, s. 311). W sensie kartezjańskim osoba jest substancją świadomą samej siebie. Ciało zaś jest w pełni autonomiczne, czyli posiada własną siłę życiową i działa według zasad mechaniki. Utrzymywanie mechanizmu ciała w należytym stanie jest ważne z punktu widzenia trwania duszy (M. Nowacka, 2005, s. 38).

I. Kant i J. G. Fichte poszerzyli pojęcie kartezjańskiej świadomości i autonomię poznawczą o odpowiedzialność moralną (za: M. Czerepaniak-Walczak, 2006, s. 29). I. Kant poszukiwał prawd koniecznych i powszechnych w działaniu. Najważniejszą

zasadą moralności uczynił autonomię woli. Zasadę autonomii woli I. Kant (2002, s. 93) scharakteryzował w następujący sposób: „nie wybierać inaczej, jak tylko tak, żeby maksymy własnego wyboru były zarazem w tej samej woli zawarte jako ogólne prawo". Według niego autonomiczne i konieczne są tylko te akty woli, które zależą wyłącznie od podmiotu woli. Wolna wola jest niezależna od wszelkiej przyczynowości i obcych uwarunkowań czy determinacji, sama ma dyktować sobie swoje prawa (A. Nowacka, 2005, s. 43). Jednak autonomia woli podmiotu jest równoznaczna z podporzadkowaniem się moralnym prawom Rozumu. W ten sposób filozof połączył wolną wolę z koniecznością podlegania uniwersalnym zasadom moralnym (A. Męczkowska, 2006, s. 28).

W ujęciu negatywnym autonomia u I. Kanta (za: M. Nowacka, 2005, s. 44) oznacza niezależność od wszelkich determinujących ją materialnie czynników, zaś pozytywnym jako samookreślenie lub własne prawodawstwo. Autonomia osoby przejawia się w świadomości samego siebie jako istoty moralnej, co wyklucza możliwość podporządkowania się komukolwiek lub czemukolwiek oprócz samego siebie, czyli władzy rozumu praktycznego. To właśnie dzięki rozumowi praktycznemu człowiek posiada moc rozpoznawania prawd obiektywnych, odnoszących się do uniwersalnej idei dobra. Tym prawom rozpoznanym przez rozum podporządkowuje się wolna wola. Rozum praktyczny jest rozumem czystym, czyli pozostaje wolny od zanieczyszczeń zmysłowej i formalnej natury (A. Męczkowska, 2006, s. 27). Sąd autonomiczny jest wolny od nakazów boskich, wymagań społecznych, a także od pożądań jednostki. Gdy sąd podlega tym wpływom staje się heteronomiczny, czyli rozum nie kieruje, a jest kierowany (W. Tatarkiewicz, 2014, s. 201).

Koncepcja autonomii I. Kanta narzuca restrykcyjne rozumienie odpowiedzialności człowieka za siebie. Człowiek postępuje moralnie tylko wtedy, gdy kieruje się zasadami, które sam ustanowił, a tym samym nie może przerzucić odpowiedzialności za swoje czyny na drugiego człowieka (za: M. Nowacka, 2005, s. 44).

Odmienne od Kantowskiego rozumienie autonomii osoby prezentuje J. Lock, który czerpie z filozofii kartezjańskiej, a zwłaszcza z jej rozumienia osoby ludzkiej. Autonomia osoby ludzkiej jest przez niego rozumiana jako pełne i niezbywalne prawo do samego siebie, a wręcz jest prawem własności do samego siebie. Prawo to jest elementem prawa naturalnego i prawa stanowionego, dlatego jednostka posiadanego prawa nie może przekazać nikomu innemu. Konsekwencją takiego rozumienia

autonomii jest konieczność zawierania kontraktów prawnych pomiędzy osobami, w sytuacji gdy angażowane jest w jakiejkolwiek mierze ich prawo własności do samego siebie (za: M. Nowacka, 2005, s. 51).

Zasadę autonomii ludzkiej analizuje również J. St. Mill, który jest przedstawicielem utylitaryzmu. Filozof nie używa wprost słowa „autonomia”, a uzasadnia autonomię w oparciu o krytyczny namysł nad teorią I. Kanta. Wskazuje, że sama kategoria obowiązku jest niewystarczająca do oceny moralnej czynu, dlatego wprowadził do swojej doktryny kategorię interesu społecznego, obok interesów jednostkowych. Dlatego w jego ujęciu jednostka ludzka jest autonomiczna w swych działaniach, a granicą jej autonomiczności jest wzgląd na interesy innych ludzi. W takim ujęciu autonomii może dochodzić do wątpliwości, a nawet konfliktów, gdy nie ma pewności co do skutków działania jednostki w kontekście interesów osób drugich. Jednostka jest autonomiczna w działaniach, które bezwzględnie dotyczą jej samej, ponieważ posiada władzę nad samą sobą (za: M. Nowacka, 2005, s. 52).

Z przytoczonych rozważań wynika, że autonomia jest pojmowana jako immanentna własność bytu osobowego. W przypadku filozofii I. Kanta autonomia wyraża się w praworządności człowieka, a każde jej naruszenie jest uprzedmiotowieniem człowieka. Natomiast utylitarystyczne rozumienie autonomii interpretuje także autonomię, jako względną, ponieważ jest związana z rozwojem psychicznym człowieka. W takim sensie autonomia przysługuje człowiekowi w różnym stopniu, w zależności od stanu dojrzałości psychicznej (M. Nowacka, 2005, s. 82)

Inaczej autonomię definiuje M. A. Krąpiec (1991, s. 301), według którego istotny wyraz autonomii osoby ludzkiej stanowi decyzja. Właśnie poprzez akt decyzji człowiek staje się autorem, twórcą własnej osobowości, ale także w pewnym sensie przedmiotem swego działania. Autonomia obok świadomości i wolności nie jest osobie ludzkiej „nadana” w formie gotowej i niezmiennej, a jest „zadana” i w takim wymiarze nosi znamię potencjalności. Kształtuje i konkretyzuje się w działaniu, poprzez nie nabiera trwałości – na miarę trwałości podmiotu. Człowiek nie nabywa tych usprawnień niezależnie od osób drugich, i dlatego autonomia człowieka genetycznie i funkcjonalnie jest uwarunkowana heteronomią w stosunku do świata zewnętrznego, a przede wszystkim do innych ludzi.

Na gruncie nowoczesności decydująca jest etyczna autonomia danej osoby, która wyraża się w umiejętności uzasadnienia własnego stanowiska światopoglądowego, a także reprezentowanej przez jednostkę idei dobra. W ten sposób

życiowe plany nabierają rozumności, choć poziom odpowiedzi na to pytanie uzależniony jest od świadomości problemowej danego zagadnienia. Świadomość ta jest zaś rezultatem procesów edukacyjnych (A. Anzenbacher, 2010, s. 105). Autonomia w takim ujęciu jest więc zależna od umiejętności uzasadniania własnego stylu życia. Według T. L. Beauchamp i J. F. Childress (1996, s. 136) autonomiczne osoby są wyposażone w zdolności potrzebne do sprawowania władzy nad sobą – pojmowania, myślenia, rozważenia, a także podejmowania decyzji. Działanie jednostki jest autonomiczne, gdy zostaną spełnione następujące warunki: ma charakter intencjonalny, oparte jest na zrozumieniu, a także nie podlega wpływom czynników zewnętrznych. W takim ujęciu działanie człowieka może być przedstawione na skali od działania nieautonomicznego po działanie autonomiczne.

Współcześnie poszanowanie dla autonomii zakłada prawo jednostki do posiadania własnych poglądów, dokonywania własnych wyborów, a także podejmowania działań zgodnych z wyznawanymi wartościami i przekonaniami. Szacunek do autonomii nie zakłada tylko niemieszania się w sprawy innych ludzi, ale wiąże się on także z podtrzymywaniem zdolności do dokonywania autonomicznych wyborów, przezwyciężania lęku oraz innych przeszkód, które niszczą lub podważają autonomię jednostki (T. L. Beauchamp, J. F. Childress, 1996, s. 136).

Kolejną dyscypliną, w której pojęcie autonomii zajmuje ważne miejsce jest psychologia, na gruncie której jest ona definiowana jako niezależność, a także jako pragnienie wolności, kierowanie się w działaniu własnymi pragnieniami i zachciankami. Natomiast brak autonomii występuje, gdy jednostka jest nadmiernie konformistyczna lub doświadcza zaburzeń zachowania, takich jak histeria lub rozdwojenie jaźni (G. Marshall, 2005, s. 21). S. Kowalik (1996, s. 49) podkreśla, że pojęcie autonomii w psychologii empirycznej znajdowało odzwierciedlenie w następujących problemach badawczych: wewnątrzsterowności i zewnątrzsterowności, kontroli nad własnym zachowaniem, kryzysach psychicznych w okresie dorastania oraz wolicyjnych aspektach postępowania człowieka. Rozumienie pojęcia autonomii ściśle związane jest z rozwojem psychologii, ponieważ w modelach jednostki ludzkiej przyjmowanych w behawioryzmie i psychoanalizie dominowała koncepcja determinizmu, nie było w nich miejsca na podmiotowość jednostki, a tym samym na rozważania dotyczące jej autonomii. Podmiotowość pojawia się dopiero w nurcie psychologii poznawczej i humanistycznej. Autonomia obok autodeterminacji, celowości działań, wolności wyboru, poczucia sprawstwa, kontroli otoczenia stanowi rdzeń badań

nad podmiotowością (R. Cichocki, 2003, s. 18). W koncepcjach podmiotowości rozumiana jest ona jako względna niezależność od bodźców płynących z otoczenia, ale także tych, które płyną od własnego organizmu. Autonomia pozwala na przetworzenie i interpretację bodźców przez własne struktury poznawcze i emocjonalne (R. Cichocki, 2003, s. 19).

Na gruncie psychologii rozwojowej pojęcie autonomii odnosi się do sfer: poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej. W sferze poznawczej autonomia oznacza wiarę w siebie, zaufanie do siebie i poczucie kontroli nad własnym życiem, a także zdolność do podejmowania decyzji. W sferze behawioralnej autonomia wiąże się z samokierowaniem, oraz z samoregulacją, zaś w wymiarze emocjonalnym oznacza poczucie bycia odrębnym od rodziców i niezależnym w przeżywaniu własnych uczuć. Zmiany w jednej ze sfer pociągają za sobą zmiany w obrębie dwóch pozostałych (G. Katra, 2007, s. 128). Proces prowadzący do autonomii nazywany jest indywiduacją (B. Łapiński, 1988, s. 499).

Na znaczenie autonomii we wczesnej fazie życia dziecka wskazuje E. Erikson, który zakładał, że rozwój człowieka przebiega przez serię faz rozwoju. Druga faza rozwoju pod wpływem nabycia przez dziecko umiejętności fizycznych, takich jak chodzenie, prowadzi do uczucia autonomii, która wiąże się ze sprawowaniem przez dziecko silniejszej kontroli nad własnym życiem (za: R. Vasta, M. M. Haith, S. A. Miller, 2004, s. 37). Jeżeli zaś dziecko zostanie pozbawione doświadczenia autonomii lub zostanie ono osłabione przez utratę ufności wtedy, jak wskazuje E. Erikson (1997, s. 265), może rozwinąć się nadmierna manipulacja samym sobą, a także przedwcześnie rozwinie się jego sumienie. Brak właściwie rozwiniętego poczucia autonomii prowadzi do uczuć nadmiernego zwątpienia lub wstydu, zaś prawidłowo ukształtowane przyczynia się do poczucia sprawiedliwości, zarówno w życiu politycznym, jak i społecznym.

Kolejną fazą w życiu człowieka, w której autonomia nabiera szczególnego znaczenia jest okres dorastania. W relacyjnej teorii rozwoju młodzieży J. Younissa i J. Smollar (1985, s. 160) rozwój człowieka jest analizowany w kontekście rozwoju relacji, w jakich dana osoba pozostaje. Jednostka zyskuje swoją niepowtarzalność i wyjątkowość dzięki relacjom z innymi ludźmi. Autonomia w tej teorii jest rozumiana jako umiejętności poszukiwania poparcia dla własnych pomysłów u osób znaczących, takich jak rodzice oraz współpracy i poszukiwania wspólnych rozwiązań w relacjach rówieśniczych (za: E. Domagała-Zyśk, 2004, s. 67). Rolę relacji w rozwoju autonomii

podkreślają także M. R. Ryan i E. L. Deci (za: Z. Siwek, 2012, s. 26), którzy wskazują na wpływ opiekunów i nauczycieli na kształtowanie się trzech podstawowych potrzeb psychologicznych: więzi, kompetencji i autonomii. Autonomia w tej teorii jest rozumiana jako autodeterminacja, która posiada dwa wymiary: samoświadomość i postrzeganie wyboru. Efektem tak rozumianej autonomii są w życiu jednostki następujące cechy: poczucie wolności wyboru, działanie zgodne z wewnętrznymi przekonaniami, celami, a także wysoka autorefleksja i znajomość siebie (Z. Siwek, 2012, s. 36). Autonomia zgodnie z teorią autodeterminacji jest zgodnością działania jednostki z jej wartościami i potrzebami, zaś działanie nieautonomiczne to takie, w którym jest ono podejmowane ze względu na pobudki narzucone jednostce zewnętrznie. Działanie nieautonomiczne jest podejmowane przez jednostkę z powodu presji, przymusu lub bezrefleksyjnego poddania się sytuacji. Poziom doświadczanej autonomii w trakcie działania wpływa także na wytrwałość i skuteczność działania (R. Kadzikowska-Wrzosek, 2013, s. 164).

Jednak, gdy potrzeba autonomii rozumiana jako regulowanie i organizowanie własnego zachowania w zgodzie z Ja, czyli sprawowanie kontroli nad jego inicjowaniem, przebiegiem i nadawanie mu własnego sensu (A. Oleszkowicz, A. Senejko, 2013, s. 160) jest zbyt silna, może ona powodować przeżywanie przez nastolatka negatywnych emocji takich jak: frustracja, poczucie poniżenia, niesprawiedliwości, zagrożenie dla poczucia wartości i godności. W konsekwencji nastolatki mogą mieć nadmierną potrzebę samopotwierdzenia, co zwiększa prawdopodobieństwo zachowań egocentrycznych i antyspołecznych (T. Brezina, 2008, s. 114). Dlatego tak ważnym zadaniem okresu nastoletniego jest stworzenie równowagi w relacjach rodzinnych, która wyraża się w zaspokojeniu potrzeby autonomii nastolatka z oczekiwaniami i potrzebami jego systemu rodzinnego.

B. Łapiński (1988, s. 500) przedstawia sześć rodzajów autonomii, które są związane z rozwojem prawidłowej autonomii u młodzieży w okresie dorastania:

1. autonomia behawioralna – wiąże się z postępowaniem, którego główną cechą jest niezależność od oczekiwań, wymagań i ocen innych osób,
2. autonomia emocjonalna – związana jest z niezależnością od akceptacji, opieki i bliskości fizycznej oraz emocjonalnej innych osób,
3. autonomia poznawczo-ewaluatywna – z tym rodzajem autonomii związane jest posiadanie własnych wartości, kryteriów ocen, własnych celów i sposobów ich realizacji, a także własnego światopoglądu,

4. autonomia tożsamości – wiąże się ona ze zdolnością do zdystansowania się od innych, która jest oparta na poczuciu odrębności, dostrzeganiu własnej niepowtarzalności,
5. autonomia instrumentalna – przejawia się ona w umiejętności samodzielnego wykonywania różnorodnych czynności i zadań niezbędnych do sprawnego funkcjonowania w różnych rolach i obszarach życia społecznego,
6. autonomia ekonomiczna – wiąże się ze zdolnością do zapewnienia samodzielnego bytu. Autor ten podkreśla, że najwcześniej rozwojowo pojawia się autonomia tożsamości, która stanowi podstawę do rozwoju autonomii poznawczo-ewaluatywnej i emocjonalnej. Natomiast zależność emocjonalna lub behawioralna może utrudnić osiągnięcie autonomii instrumentalnej, a w konsekwencji także autonomii ekonomicznej (B. Łapiński, 1988, s. 500).

Pojęcie autonomii w psychologii rozwojowej pojawia się również w kontekście rozwoju moralnego. Pierwszym psychologiem, który opracował stadia rozwoju moralnego jest J. Piaget, którego teoria została rozwinięta przez L. Kohlberga w oparciu o przeprowadzone badania empiryczne (za: R. Duska, M. Whelan, 1975, s. 42; D. Czyżowska, 2008, s. 85; J. C. Gibbs, 2014, s. 81). L. Kolhberg i współpracownicy (1984, s. 652) zaznaczają, że kantowskie pojęcia heteronomii i autonomii w teorii J. Piageta stanowią idealne typy moralności. Typ heteronomiczny oznacza jednostronny szacunek dla rodziców lub innych władz, który wiąże się z mieszanką uczuć strachu i podziwu, zaś typ autonomiczny odznacza się szacunkiem dla zasad kierujących wzajemną interakcją. Podstawą moralności autonomicznej jest uczciwość oraz równość, zaś heteronomicznej – zgodność oraz posłuszeństwo wobec władzy i reguł przez nią ustanowionych.

Natomiast w teorii rozwoju moralnego L. Kohlberga (1981, s. 18) autonomia jest osiągana na najwyższym poziomie rozwoju moralności, czyli na poziomie postkonwencjonalnym. Wtedy następuje uzgodnienie społecznych praw i obowiązków z indywidualnymi prawami człowieka.

Autonomia w psychologii jest również jednym z wyznaczników dorosłości. Odpowiedzialność człowieka przed społeczeństwem za autonomicznie podejmowane decyzje i działania można dostrzec w definicji człowieka dorosłego W. Szewczuka (1990, s. 761), według którego człowiek: „(…) może być samodzielnym podmiotem działalności produkcyjno – społecznej" i wraz z przejściem z okresu młodzieńczości do dorosłości różnicują się relacje międzyludzkie, a tym samym poszerza się zakres

odpowiedzialności człowieka. Według P. Olesia (2011, s. 18) autonomia jest czynnikiem decydującym o dorosłości w wymiarze emocjonalnym i zdolności dokonywania wyboru. Autonomia emocjonalna charakteryzuje się niezależnością emocjonalną, która jest podstawą zdolności do decydowania o sobie i kształtowania własnego życia. Natomiast autonomia wyboru jest zdolnością do podejmowania decyzji i ukierunkowania dążeń na podstawie własnego systemu wartości (A. Oleszkowicz, A. Senejko, 2013, s. 159). Autonomia jest więc według badaczy jednym z najważniejszych wyznaczników dorosłości, która wyraża się w umiejętności przejęcia kontroli nad własnym życiem, a także wyjściem spod władzy rodzicielskiej. Jednostka autonomiczna w dorosłości posiada umiejętność dokonania najważniejszych wyborów życiowych: wybór kierunku studiów i miejsca zatrudnienia, nabycie mieszkania, posiadania mieszkania i innych, które wspierają samodzielność. Proces nabywania tak rozumianej autonomii jest uwarunkowany nie tylko psychicznymi predyspozycjami człowieka, ale także uwarunkowaniami społecznymi (W. Zagórska i in., 2012, s. 88).

Jednak dorosłość może być też okresem, w którym nie następuje zwiększenie autonomii. Samo podjęcie przez jednostkę zadań osoby dorosłej niekoniecznie świadczy o autonomii, osoba nawet po założeniu rodziny, podejmując pracę może pozostać osobą niedojrzałą emocjonalnie, a tym samym niezdolną do autonomii i przeżywania samotności (E. Garlej-Drzewicka, 2003, s. 86). Ograniczeniem dla autonomii może paradoksalnie być także nadmierne nastawienie na samorealizację i osobistą satysfakcję, co może się wiązać z unikaniem podejmowania zobowiązań, a może pogłębiać zwiększenie zależności od rodziców, co może dotyczyć osób zarówno pracujących, jak i bezrobotnych (L. Czerka, 2007, s. 80). Zagrożeniem dla rozwoju autonomii może być kontakt z osobami znaczącymi. Z jednej strony jest on jednym z procesów społecznego uczenia się, który polega lub ogranicza się tylko do naśladownictwa osoby znaczącej. Niemniej z drugiej strony, następuje ograniczenie autonomii, brak krytycyzmu, a także ograniczenie własnej indywidualności (L. Bakier, B. Harwas-Napierała, 2016, s. 143).

Autonomia rozumiana jest ponadto jako potrzeba, czyli względna niezależność w działaniu, myśleniu i ustosunkowaniu się do świata i samego siebie, stanowi o istocie bycia człowieka, a także jest bodźcem i motorem jego rozwoju (B. Tylewska-Nowak, 2001, s. 105). Dlatego autonomia znajduje miejsce u klasyków psychologii rozwojowej, którzy rozważają jej istotne znaczenie dla rozwoju osobowości. Według G. W. Allporta (za: B. Jezierska, 2003, s. 245) autonomia jest przejawem wysokiego poziomu rozwoju

osobowości. Autonomia osobista w sensie funkcjonalnym wiąże się z kontrolą wewnętrzną (samokontrolą), która pozwala na harmonijne funkcjonowanie w grupach społecznych. Tak rozumiana autonomia jest warunkiem koniecznym dojrzałej osobowości (zgodnie z kryteriami G. Allporta): poczuciem rozszerzającego się „ja" osobowego, ciepłymi stosunkami emocjonalnymi z innymi ludźmi, poczuciem emocjonalnego bezpieczeństwa, realistycznym postrzeganiem siebie i innych ludzi, umiejętnością osiągania i przeżywania sukcesów, a także przyjmowania klęsk i niepowodzeń życiowych (L. Pytka, 2001, s. 336).

Według K. Obuchowskiego (2015, s. 143) autonomia polega na wytworzeniu przez jednostkę celów, a jednocześnie wykorzystaniu w pełni swoich możliwości i ukierunkowaniu na rozwój. Ten rodzaj autonomii nazywał on autonomią psychologiczną. Podobnie autonomię rozumiał A. Maslow (2006, s. 98), który zakładał, że efektem prawidłowego zaspokojenia potrzeb niższego i wyższego rzędu jest poczucie samorealizacji, samospełnienia, samourzeczywistnienia, które prowadzi do coraz pełniejszego wykorzystania własnych zasobów i możliwości. Wynikiem takiego przeżywania własnego życia jest poczucie wzrastania, zdrowia i autonomii. Podobnie na znaczenie autonomii w życiu człowieka dorosłego wskazywał K. Dąbrowski (1981, s. 53), który w koncepcji dezintegracji pozytywnej wyodrębnił pięć poziomów rozwoju człowieka. Autor za pomocą tej koncepcji wskazywał na zróżnicowanie ludzi, które wiąże się z przekroczeniem przez człowieka zarówno cyklu biologicznego, jak i typu psychologicznego. Rozwój jednostki wiąże się z pobudliwością psychiczną i poziomami rozwoju. Pierwszy poziom to integracja pierwotna, następne trzy poziomy wiążą się z dezintegracją, zaś poziom piąty to integracja wtórna. Integracja wtórna następuje po przejściu jednostki przez trudne doświadczenia wewnętrzne i zewnętrzne, poprzez wzrost dynamizmów psychicznych takich jak: empatia, samoświadomość, samowychowanie i autopsychoterapia. Osoba, która wkroczyła na poziom integracji wtórnej przejawia się w większej niezależności od czynników biologicznych i automatyzmów rozwojowych, a tym samym wykonuje ona więcej czynności autonomicznych i autentycznych. W relacjach społecznych również jednostka przejawia zachowania autonomiczne i autentyczne, które wiążą się z wyższym poziomem świadomości społecznej.

Kolejnym psychologiem dostrzegającym i określającym autonomię jest J. Kozielecki (2001, s. 18), który w psychotransgresjonizmie wymienia ją jako jeden z celów globalnych, które dotyczą rozwoju całej osobowości. Uważa, że osiągnięcie

osobowości autonomicznej, ponieważ jest celem ogólnikowym, wieloznacznym i niejasnym, jest możliwe tylko dzięki podzieleniu tego celu na konkretne podcele, a następnie ich konsekwentną realizację. Taka praca nad sobą wymaga silnej motywacji i znacznych kompetencji psychologicznych (J. Kozielecki, 2001, s. 220).

W teoriach klasyków psychologii, którzy wyjaśniają mechanizmy rozwoju człowieka autonomia staje się jednym z efektów rozwoju człowieka. Rozwój w tych koncepcjach jest zjawiskiem elitarnym, cechującym jednostki wybitne, które odznaczają się wysoką samoświadomością, bogatym doświadczeniem i silną motywacją prorozwojową (M. Straś-Romanowska, 2008, s. 22). Jednak inne stanowisko przedstawiają M. R. Ryan i L. Deci (2017, s. 98), którzy podkreślają, że autonomia jako wola ma wymiar uniwersalny, a tym samym jest ona istotna zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn, kultury wschodu i zachodu, dla kolektywistów i indywidualistów. Potwierdzeniem tego stanowiska są badania ilościowe o charakterze międzykulturowym, prowadzone w zachodniej, indywidualistycznej kulturze, a także w kulturze wschodniej (azjatyckiej), która ma charakter kolektywny wykazały, że pomimo różnic kulturowych pomiędzy autonomią i dobrostanem zachodzi korelacja umiarkowana. Dlatego badacze np. S. Yu, Ch. Levesque-Bristol, Y. Maedda (2018, s. 1878) zalecają wspieranie autonomii w różnych kontekstach społecznych: rodzicielskim (większą uważność na wewnętrzną regulację dzieci), edukacyjnym (instrukcje skierowane do studentów), organizacyjnym (mniejszy nacisk na hierarchię), społecznym (mniej kontroli, a więcej demokracji). Szacunek wobec autonomii jednostki może przyczynić się do stworzenia bardziej humanistycznych struktur w przyszłości.

Socjologia jest kolejną dyscypliną, na gruncie której charakteryzowana jest autonomia. W niej odnosi się ona do racjonalnego, samodzielnego aktora społecznego, który nie jest przedmiotem determinizmu, a wyraża własne cele i interesy (G. Marshall, 2005, s. 21). Autonomia w socjologii jest definiowana jako jedna z naczelnych wartości uznawanych przez człowieka. Zagrożeniem dla autonomii człowieka jest uleganie presji społecznej, w wyniku której jednostka przystosuje się do społeczeństwa w sposób konformistyczny (B. Jezierska, 2003, s. 245). Konformizm staje się podstawą do zaspokojenia potrzeb człowieka, ale wtedy następuje zniesienie różnicy pomiędzy pełnioną przez jednostkę rolą społeczną a jej osobowością (K. J. Tillman, 2005, s. 124).

Socjologiem, który rozważa pogodzenie pojęcia solidarności społecznej ze wzrastającą autonomią jednostek jest E. Durkheim. Autor ten podkreśla: „autonomii tej nie otrzymujemy w stanie gotowym od natury. Lecz tworzymy ją sami, w miarę

jak lepiej poznajemy świat rzeczy realnych" (E. Durkheim, 2015, s. 166). Autonomia nie jest wolnością od oddziaływań świata i jego wpływu. Czyny moralne zyskują autonomię dopiero w momencie, gdy człowiek ma świadomość pobudek swojego postępowania.

Podobnie J. Habermas (2015, s. 19) wskazuje, że podmiot nie może być tylko odbiciem oczekiwań roli społecznej, którą pełni. Nabycie dystansu wobec roli wiąże się z refleksyjnym ustosunkowaniem wobec niej (autorefleksja). By pełnić autonomicznie rolę społeczną podmiot powinien znać swoją rolę, a jednocześnie mieć wobec niej odpowiedni dystans. Jeżeli podmiot nie ma dystansu wobec roli, wtedy możemy mówić o braku autonomii, która może być spowodowana zarówno przyczynami zewnętrznymi (kontrolą społeczną), jak i przymusem wewnętrznym. Natomiast P. Sztompka (2016, s. 24) wyjaśnia, że indywidualna autonomia w życiu społecznym wyraża się w możliwości selekcji wpływów, przyjmowanych przez jednostkę, a także selekcji w relacjach międzyludzkich. Jednostka w ten sposób konstruuje swoją jaźń, a także jest aktywnym twórcą przestrzeni międzyludzkiej.

Na inne aspekty autonomii wskazuje L. Swaine (2012, s. 124), który uważa ją za niewystarczającą do przygotowania obywateli kierujących się w swoich wyborach literą prawa. Badacz proponuje, by w miejsce autonomii nastąpiło rozwijanie kluczowych umiejętności i zdolności do działania w oparciu o moralny charakter. Autor rozumie autonomię jednostki jako stan, w którym potrafi ona racjonalnie ocenić swoje przekonania, cele, przywiązania, pragnienia i zainteresowania. W tym rozumieniu człowiek jest zdolny do badania i ulepszania swoich przekonań, przywiązań i zainteresowań. W takim rozumieniu autonomii ludzie w zależności od stopnia świadomości stają się bardziej lub mniej autonomiczni. W racjonalnym ujęciu autonomia daje prawo do niezdrowego uruchamiania wyobraźni, w celu przeanalizowania szerokiego zakresu potencjalnych rozwiązań, a także jest w niej mocna dyrektywa, aby pozostać otwartym na różne sposoby działania i style bycia. W wyniku takich rozważań autonomiczne osoby działają w sposób moralnie akceptowalny, ale mogą zdecydować się na działania szkodliwe, które są wynikiem ich procedur myślowych i racjonalnej oceny.

Z kolei autonomia w naukach o wychowaniu jest jednym z głównych celów działalności wychowawczej, a także warunkiem pełnej dojrzałości wychowanków (Cz. Kupisiewicz, M. Kupisiewicz, 2009, s. 15). Według E. Muszyńskiej (1998, s. 104) zadaniem pedagogiki jest wychowanie człowieka autonomicznego, który zachowując

własną niezależność potrafi współdziałać z innymi, nie ograniczając ich niezależności. Oznacza ona także pewną swobodę działania wychowawcy i wychowanka, który jest jednak ograniczony przymusem wychowania.

Na gruncie rozwoju myśli pedagogicznej autonomia znajduje wyraz w relacji pomiędzy dzieckiem a osobą dorosłą, a także pomiędzy celami wychowania wynikającymi z potrzeb dziecka a oczekiwaniami społecznymi. Tym zagadnieniem szczególnie zajmuje się J. J. Rousseau. Zwraca on uwagę, że autonomia człowieka w jego uprawnieniach naturalnych jest ograniczona poprzez umowę społeczną, której celem jest funkcjonowanie społeczeństwa w ówczesnym kształcie (za: S. Kamiński, 2000, s. 423). Podkreślał on także, że człowiek ze swojej natury jest dobry, a wszyscy ludzie są sobie równi. Z myśli J. J. Rousseau czerpie pedagogika Nowego Wychowania (wychowanie progresywne, pedagogika reform), która zwróciła się w kierunku dziecka i podkreśla jego nieograniczony potencjał twórczy (O. A. Burow, 2009, s. 251; M. Szczepska-Pustkowska, 2011, s. 65). Do najważniejszych pedagogów reprezentujących ten nurt zaliczamy: E. Key, M. Montessori, J. Dewey, A.S. Neill, C. Freinet, R. Steiner (H. Retter, 2009, s. 232), zaś w Polsce przedstawicielem takiego spojrzenia na dziecko jest J. Korczak. Autonomia obok samorozwoju, samoaktualizacji, tożsamości u wyżej wymienionych pedagogów wiąże się głównie z efektami wychowania (B. Śliwerski, 2010a, s. 37).

Książka E. Key „Stulecie dziecka" zapowiadała, że wiek XX stanie się wiekiem szczęśliwego rozwoju wychowawczego (S. Wołoszyn, 2004, s. 170). Autorka ta dostrzega, że indywidualność dziecka jest w szkole tłumiona przez karność, a także życie koleżeńskie. Celem wychowania szkolnego powinno być wzmocnienie indywidualności dziecka. Natomiast w ówczesnym systemie wychowania zgodnie z obserwacją E. Key (2005, s. 143-146) uczeń, który jest cichy i posłuszny, jest jednostką bezbarwną i uległą, wobec oddziaływań wychowawczych zwanych „tresurą". Takie warunki nie tylko nie pozwalają na rozwój autonomii wychowanka, a wręcz przyczyniają się do obniżania jej poziomu.

Natomiast autonomia wychowanka w koncepcji wychowawczej M. Montessori (2005, s. 61) jest rozumiana jako system swobody, a także samosterowne uczenie się. Celem wychowania jest dochodzenie dziecka do niezależności, która wyraża się w wolności na płaszczyźnie biologicznej, społecznej, moralnej i metodycznej. Środkiem do uzyskania tego celu było właściwie zorganizowane otoczenie dziecka, które będzie wspierało jego rozwój (R. Kucha, 2004, s. 333; M. Miksza, 2007, s. 426).

Granicą swobody w zachowaniu dziecka jest interes zbiorowy, który wyraża się w taktownym zachowaniu (M. Montessori, 2005, s. 55).

Kolejnym przedstawicielem pedagogiki reform jest J. Dewey, którego koncepcja edukacji zawierała indywidualizm pedagogiczny wyrażający się w akceptacji indywidualnych różnic pomiędzy wychowankami, a także z szacunkiem wobec wartości godności ludzkiej. Autonomia w koncepcji J. Deweya wyraża się w celu wychowania, który nie może być narzucony wychowankowi z zewnątrz, ponieważ wtedy prowadzi do „rozszczepienia uwagi", a także do „mechanicznego spełniania obowiązków w sposób czysto zewnętrzny. Cel, który jest integralny z „ja" wychowanka nie wymaga podtrzymywania zewnętrznego, a także wzmacnia jego siły (J. Dewey, 2006, s. 75).

Pedagogiem, który zabezpiecza wolność wychowanka i podkreśla jej znaczenie w relacji wychowawczej jest A.S. Neill (1991, s. 12). Autonomia wychowanka w tej koncepcji jest rozumiana jako proces rozwijania silnej i dojrzałej osobowości poprzez wykorzystanie w procesie wychowawczym swobody ograniczonej jedynie wolnością innych osób, a także wzmacnianie poczucia wartości wychowanka i budzenia w nim uczuć prospołecznych (B. Jezierska, 2003, s. 246). Wychowanie, które respektuje autonomię wychowanka prowadzi do urzeczywistniania jego potencjalności, ale także do respektowania praw do autonomii i suwerenności innych osób (B. Śliwerski, 2004a, s. 386).

Pedagogika C. Freineta również koncentrowała się na możliwościach dziecka, na jego jeszcze płynnych zainteresowaniach, kładła duży nacisk na jego zaufanie do spontaniczności i autonomii. Podkreśla on, że „autentyczny rozwój osobowości dziecka może nastąpić tylko wówczas, gdy każde dziecko znajdzie w szkole warunki do swobodnej ekspresji (*expression libre*) w różnych dziedzinach swego życia i twórczości" (za: A. Lewin, 1976, s. 50). W grupie rówieśniczej wychowanek może rozwijać poczucie samorządności, które jest również przejawem jego autonomii (T. Kłosińska, 2000, s. 30). Pedagogika C. Freineta zakłada również autonomię nauczycieli, którzy pracując tą metodą, mogą ją dostosowywać do potrzeb własnego środowiska wychowawczego, a także współtworzyć poprzez proponowanie własnych pomysłów i rozwiązań.

R. Steiner (2002, s. 129) w swoich poglądach pedagogicznych podkreśla, że każdy człowiek powinien dorastać i kształcić się w wolności myślenia, które jest źródłem prawdziwego rozwoju. Według niego autonomia wychowanka polega właśnie

na zrozumieniu wolności i integralności innych osób, poczuciu pewności siebie i bezpieczeństwa, a także umiejętności współdziałania z innymi. Z autonomii wychowanka wynika także wolność szkoły i instytucji naukowych w prowadzeniu badań. Szkoły mają więc w tej koncepcji być niezależne i samorządne na podstawie prawnych gwarancji (B. Śliwerski, 2004b, s. 297).

J. Korczak (2017, s. 11), który zwraca uwagę na potrzeby i własną aktywność dziecka w oddziaływaniach pedagogicznych uwzględnia w nich również jego słabości. Autor ten podkreślał, że wśród prawa dziecka do szacunku, miłości, zachowania własnych tajemnic, własności, rozwoju, dojrzewania, zabawy, sprawiedliwości dziecko ma także prawo do samostanowienia (J. Korczak, 2017, s. 11, s. 21, s. 37). Pedagog ten nie wypowiada się wprost na temat autonomii wychowanka, ale zwraca uwagę na jej istotny element, jakim jest samostanowienie. Rozumiane jako możliwość podejmowania decyzji, które są korzystne z punktu widzenia wychowanka. Prawo do samostanowienia zakładało prawo do antytezy, oporu, protestu, do wypowiadania własnych myśli, a także życia własnym wysiłkiem i własną aktywnością (B. Śliwerski, 2004c, s. 339).

Pedagogiem, dla którego pojęcie autonomii jest pojęciem kluczowym w jego teorii pedagogicznej jest S. Hessen (1997, s. 64). Według niego autonomia wychowania wyraża się w następujących warstwach: autonomii kształcenia, autonomii pedagogiki jako nauki o wychowaniu oraz autonomii szkolnictwa. Autor ten odróżnia także autonomię od autarki, czyli samowystarczalności. Opracowane przez S. Hessena pojęcie autonomii kształcenia rozwiązuje dylemat, który wiąże się z pogodzeniem potrzeb rozwojowych wychowanka i oczekiwań płynących z wymagań społecznych. Autonomia nie jest traktowana jako niezależność od społeczeństwa, ale jest wskazaniem na jej rolę w czerpaniu z dóbr kultury. Autonomia kształcenia polega bowiem na wdrożeniu wychowanka do twórczego korzystania z dóbr kultury. Oparta jest na „autonomii personalnej", która wyraża się w wolności podmiotu wobec wartości. Gdy wybieramy wartości stwarzamy na płaszczyźnie bytu coś nowego, co wymaga realizacji (S. Hessen, 1997, s. 71). W tej koncepcji zakres kształcenia pokrywa się z zakresem całej kultury. Każda osoba ludzka może się stać doskonała na swój własny sposób, a dokonuje się to wtedy, gdy staje się tym, kim jest w swojej istocie (B. Śliwerski, 2011, s. 223).

Koncepcja wychowania S. Hessena została nazwana warstwicową koncepcją wychowania, ponieważ poszczególnym etapom kształcenia zostały przypisane inne

struktury wartości, a wraz z nimi odpowiednie oddziaływania wychowawcze. Wychowanie w tej koncepcji polega na przejściu od stanu anomii (człowiek jako istota biologiczna) przez heteronomię (człowiek jako istota społeczna) do autonomii, czyli człowieka wykształconego, który przyswajając najwyższe wartości kultury staje się moralnie dojrzały. Autonomia wiąże się także z wolnością i twórczością (B. Milerski, 2004, s. 228).

Myśl S. Hessena jest obecna w pedagogice społeczno-personalistycznej A. Kamińskiego (za: B. Śliwerski, 2010a, s. 82), który zakładał, że autonomia wychowanka jest ukoronowaniem rozwoju jednostki, która wzniesie się z warstwy społecznej do warstwy duchowej. Człowiek autonomiczny jest istotą dojrzałą, rozumną i wolną, poprzez swoje działanie i wysiłek rozwijania się ku uniwersalnym wartościom takim jak prawda, dobro, piękno. Humanistyczna kondycja człowieka sprowadza sens edukacji do wykształcenia samoświadomych i autonomicznych jednostek. Wychowanie autonomicznej jednostki odbywa się poprzez oddziaływanie w następujących wymiarach: intrapersonalnym - wyrażającym się w zaszczepieniu do samowychowania i pracy nad sobą; społecznym - realizowanym poprzez służbę, bezinteresowność i poświęcenie; moralnym - wiążącym się z odwagą, a także politycznym, który polega na obywatelskim zaangażowaniu.

Kolejnym autorem, który podkreśla znaczenie autonomii w formowaniu człowieka jest T.W. Adorno. Zapoczątkował on nurt pedagogiki antyautorytarnej w nurcie politycznym. W eseju „Pedagogika po Oświęcimiu" apeluje do niemieckich pedagogów o konieczność rozliczenia się z zaangażowania w pedagogikę przemocy (B. Śliwerski, 2004a, s. 308). Proces prześladowania słabszych grup w społeczeństwie opiera się na heteronomii, polegającej na uzależnieniu się jednostki od norm, nakazów, które nie są uzasadnione jej własnym rozumem. Jedyną możliwością przeciwstawienia się jednostki formule Oświęcimia jest autonomia rozumiana w sensie kantowskim – „zdolność refleksji, samostanowienia, niewspółuczestniczenia" (T.W. Adorno, 1978, s. 357). T. W. Adorno (za: B. Śliwerski, 2004a, s. 382) definiuje wychowanie jako ukształtowanie prawdziwej świadomości opartej na autonomii, z którą wiąże się umiejętność reagowania na konflikty, jako normalnego elementu życia społecznego, a także umiejętność stawiania oporu (B. Śliwerski, 2004a, s. 382). Sprowadził on sens wychowania do formowania umiejętności krytycznej autorefleksji (B. Śliwerski, 2010a, s. 204).

Nurtem, który czerpie z pedagogiki antyautorytarnej jest pedagogika emancypacyjna. Autonomia młodego człowieka jest w niej rozumiana, jako uzyskanie niezależności i wewnętrznej wolności od autorytetów. Autonomia i dojrzała osobowość jest uzyskiwana na drodze emancypacji, która jest wyzwoleniem od despotyzmu, nieuzasadnionych stosunków władzy, przymusu i przemocy, irracjonalizmu, głupoty oraz wiąże się z walką o samostanowienie, równouprawnienie, współdecydowanie, demokrację, samorządność oraz mądrość i racjonalizm (B. Śliwerski, 2010a, s. 265).

Spełnienie następujących warunków przyczynia się do doświadczenia autonomii przez uczestników edukacji:

- wolności wewnętrznej i zewnętrznej uczestników interakcji, która wynika z ich kondycji intelektualnej, moralnej i fizycznej,
- bezpieczeństwa uczestników w sferze poznawczej, emocjonalnej i fizycznej,
- odpowiedzialność uczestników jest adekwatna do ich roli, a także osobistych możliwości,
- szczerości i zaufania, ale także krytyczność i odwaga w przyjmowaniu i udzielaniu krytyki,
- równowagi pomiędzy dobrem indywidualnym a dobrem wspólnym, a także sferą prywatną i publiczną,
- uwzględnienia kontekstu społecznego, w którym przebiega interakcja (M. Czerepaniak-Walczak, 2006, s. 20).

Nurtem pedagogicznym, który czerpie z pedagogiki emancypacyjnej jest antypedagogika. W jej założeniach człowiek nie przechodzi od anomii poprzez heteronomię do autonomii. Jest ona naturalnym stanem każdej osoby ludzkiej bez względu na wiek, wykształcenie, pochodzenie itp. Konsekwencją takiego podejścia jest swobodna interakcja z dzieckiem, w której powinny zostać zniesione bariery w uczeniu się. Każda osoba ma ogromny potencjał rozwojowy, który może się rozwinąć poprzez wolność uczenia się, dlatego wychowanie powinno być wolne od następujących kategorii: celów kształcenia, przypisanych ról społecznych, norm, wartości i ideałów (B. Śliwerski, 2010a, s. 328). Antypedagogika podkreśla, że „prawdziwa edukacja odbywa się bez przymusu”, a także „dzieci są od początku odpowiedzialne za siebie” (H. von Schoenebeck, 2008, s. 39 i 57).

Antypedagodzy odwołują się do psychologii humanistycznej i prac C. Rogersa (2002, s. 59), który opowiada się za niedyrektywną terapią i edukacją skoncentrowaną na osobie. Rogersowska koncepcja osoby zakłada, że osoba ludzka jest pojmowana jako

autonomiczna i samoregulujący się system. Wzrost osoby dokonuje się więc w relacji „Ja" i „organizmu", czyli w „relacji do samego siebie" (M. Kościelniak, 2004, s. 155). Pedagogika niedyrektywna, u podstaw której znajduje się psychologia humanistyczna zakłada, że autonomia i współzależność człowieka wyrażają się w pełnej zdolności i wolności w podejmowaniu przez człowieka decyzji. Wychowanie w tej koncepcji jest rozumiane jako interakcja, która polega na wspieraniu rozwoju jednostki. W pedagogice niedyrektywnej osoba, podobnie jak w antypedagogice, jest w pełni odpowiedzialna za samą siebie, a interakcja wychowawcza wiąże się z usuwaniem barier, które nie są sprzyjające dla rozwoju i uczenia się (B. Śliwerski, 2010a, s. 126).

Odpowiedź na wyzwania współczesności wiąże się według A. Avirama z uznaniem autonomii jednostki za nadrzędny cel edukacji – „Edukacji Zorientowanej na Autonomię (za: K. Bociek, 2013, s. 125). Filozof wychowania wskazuje, by odejść od tradycyjnego stawiania celów w edukacji przez społeczeństwo na rzecz wzmacniania w wychowankach autonomii. Autonomia jest ideałem edukacyjnym realizowanym w związku z zaangażowaniem i miłością, które mają zasadnicze znaczenie dla pomyślności i tożsamości człowieka (A. Avirama, 2000, s. 93). A. Avirama (za: K. Bociek, 2013, s. 127) stawia dwa zasadnicze cele, których realizacja jest warunkiem koniecznym do rozwoju autonomii: pierwszym jest moralność oparta na humanistycznej kulturze zachodu, zaś drugim celem jest dialogiczne bycie. Człowiek autonomiczny według tego autora zna swoje zainteresowania, potrafi na ich podstawie planować i realizować plany, pomimo pojawiających się przeszkód, a także jest dojrzały emocjonalnie. Z wartości autonomii w wychowaniu wynika moralność, która zapewnia innym jednostkom prawo do bycia autonomicznymi, a także przynależność związaną z zaangażowaniem w grupę lub grupy społeczne.

Autonomia w naukach pedagogicznych ma szczególne znaczenie, ponieważ z jednej strony w ramach rozwoju myśli pedagogicznej przyczynia się do podkreślenia indywidualności wychowanka, a z drugiej prowadzi do zmniejszenia roli autorytetu osób dorosłych w życiu wychowanka i odejścia od tradycyjnych wartości społecznych opartych na podkreślaniu roli wartości wspólnotowych takich jak rodzina, społeczność lokalna itp.

Autonomia w każdej z dyscyplin podkreśla odrębność podmiotu, a także zabezpiecza ją przed determinizmem płynącym z różnych uwarunkowań: psychologicznych, wychowawczych, społecznych, kulturowych, a także politycznych. Autonomia chroni indywidualność jednostki, która wiąże się z cechami

charakterystycznymi dla niej, a także z jej pragnieniami, wartościami i aspiracjami. Autonomia jednostki ma także uwarunkowania kulturowe, które wiążą się z przemianami społecznymi wynikającymi z odejścia od kultury o charakterze tradycyjnym, w której dominują wartości wspólnotowe, na rzecz kultury promującej indywidualność i prawo jednostki do realizacji życia według własnego projektu (W. Zagórska i in., 2012, s. 19). Osoby z niepełnosprawnością również uczestnicząc we współczesnej kulturze stają przed zadaniem rozwijania autonomii, której kształt zależy od uwarunkowań płynących z funkcjonowania organizmu, mechanizmów psychologicznych związanych z doświadczaniem niepełnosprawności oraz funkcjonowaniem społecznym.

2.2. Autonomia na gruncie pedagogiki specjalnej

Autonomia osób z niepełnosprawnością jest pojęciem wieloaspektowym, którego rozumienie ewoluowało w trakcie rozwoju pedagogiki specjalnej. Jego zakorzenienie w tej dyscyplinie wiązało się z dyskusją na temat jego zasadności i znaczenia dla życia osób z niepełnosprawnością. Jest to termin, który w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnością może rodzić trudności, zwłaszcza że ma on nasycenie ideologiczne. S. Kowalik (1996, s. 53) zwraca uwagę, że w koncepcji autonomii racjonalność wywodu teoretycznego może zostać zastąpiona przez wymóg społeczny lub prawo moralne. Pojęcie to jest społecznie „pożądane", a także „politycznie poprawne", a jednocześnie jest mało precyzyjne i ma szeroki zakres znaczeniowy, trudno jest wymienić jego behawioralne wskaźniki, jak i zasady jego wspierania (D. Kopeć, 2007, s. 159). Krytycy autonomii podkreślają, że każda koncepcja oparta na autonomii nie pozostaje neutralna światopoglądowo (M. Penczek, 2014, s. 104). Kolejna trudność z pojęciem autonomii wynika z jego osadzenia w kulturze indywidualistyczno-liberalnej, w której jest ono kojarzone przede wszystkim z wolnością wyboru, samodzielnością, a także ochroną prywatności. Łatwo w tej koncepcji autonomię człowieka zrównoważyć z niezależnością fizyczną (M. A. Saadah, 2002, s. 978). Przykładem takiego podejścia teoretycznego jest koncepcja zdolności ludzkich, amerykańskiej filozof M. C. Nussbaum (2011, s. 33), która zakłada, że godne życie człowieka musi spełniać pewne kryteria, wśród których znajduje się integralność cielesna. Wyraża się ona między innymi swobodą przemieszczania się, a także racjonalnością praktyczną, która polega na możliwości swobodnego kształtowania

koncepcji własnego życia oraz kontrolą własnego otoczenia w aspekcie materialnym i politycznym. Lista ludzkich zdolności opracowana przez tą autorkę prowadzi w konsekwencji do wniosku, że osoby z niepełnosprawnością nie mogą wartościować swojego położenia inaczej, niż tylko w negatywny sposób (M. Penczek, 2014, s. 110). Ich wybory mogą być w tej koncepcji negowane ze względu na obiektywną ocenę, która wiąże się z niemożnością realizacji przez osobę niepełnosprawną przysługujących człowiekowi zdolności. Koncepcja podkreśla potrzebę wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością, ponieważ jest to zgodne z ideą sprawiedliwości społecznej. Jednak nie ma w niej miejsca na realizację emancypacji osób z niepełnosprawnością.

Natomiast M. A. Saadah (2002, s. 978) zwraca uwagę, że autonomia człowieka jest bardziej ograniczona przez kulturowe, społeczne, polityczne i religijne normy niż przez niepełnosprawność, a każda osoba ludzka ma inne uwarunkowania życiowe. Na fakt, że autonomia psychiczna człowieka jest zjawiskiem kulturowym zwraca uwagę także K. Obuchowski (1996, s. 25) opisując, że autonomia człowieka może mieć charakter przedmiotowy i podmiotowy. Charakter przedmiotowy autonomii to odniesienia do świata i samego siebie, które zostały nabyte w wyniku osobistych doświadczeń, wychowania, nauczania, zaś autonomia podmiotowa powstaje w wyniku osobistych refleksji, rozważań na temat świata i swojego miejsca w świecie. Dlatego T. L. Beauchamp i J. F. Childress (1996, s. 139) podkreślają, że pomimo obowiązku poszanowania autonomii, który ma szeroki zakres nie powinna ona być w kwestiach medycznych egzekwowana od osób, które są: „niedojrzałe, niezdolne, pogrążone w niewiedzy, przymuszone do czegoś lub wykorzystywane”.

Pomimo przywołanych trudności teoretycznych namysł nad podmiotowością i autonomią osób z niepełnosprawnością obecny jest w polskiej tradycji pedagogiki specjalnej (T. Cierpiałowska, 2009, s. 186; A. Krause, 2011, s. 201; D. Podgórska-Jachnik, 2013, s. 49). Pedagodzy specjalni połowy ubiegłego wieku przywiązywali wagę do podmiotowego traktowania osoby z niepełnosprawnością. M. Grzegorzewska (1988, s. 21, s. 45) w „Listach do Młodego Nauczyciela” szczególnie podkreślała znaczenie podmiotowości i godności osoby z niepełnosprawnością w pracy pedagogicznej: „Otóż posłuchaj, żeby praca Twoja była żywa, twórcza, celowa, dobra, musi wynikać przede wszystkim z życzliwości do człowieka, musi być oparta na poszanowaniu człowieka i jego praw rozwojowych (…)”.

Jednak obowiązujący w ubiegłym wieku system socjalistyczny, który w każdym wymiarze rzeczywistości społecznej regulował życie jednostki, nie pozwalał

na wdrożenie teoretycznego dorobku pedagogów specjalnych: O. Lipkowskiego, A. Hulka, J. Doroszewskiej, Z. Sękowskiej, czy H. Borzyszkowskiej. Szczególne znaczenie dla łączenia dorobku klasyków polskiej pedagogiki specjalnej z dyskusją nad autonomią u schyłku XX wieku w polskiej pedagogice specjalnej mają analizy Cz. Kosakowskiego, które są nasycone duchem humanizmu (D. Podgórska-Jachnik, 2013, s. 51).

Obok trudności wynikających z dominującego systemu politycznego przyczyną, z powodu której analizy teoretyczne autonomii nie znalazły odzwierciedlenia w aspekcie wychowawczym i rehabilitacyjnym, są dominujące paradygmaty w pedagogice specjalnej, tworzące ramy teoretyczne dla rozumienia niepełnosprawności, a także dla pojęcia autonomii. Paradygmat medyczny, w którym niepełnosprawność jest rozumiana jako defekt jednostki, obowiązuje perspektywa nadrzędności celów rehabilitacji nad potrzebami jednostki, działań przystosowawczych osoby z niepełnosprawnością do życia społecznego. W tym paradygmacie osoba z niepełnosprawnością, poprzez swoje specyficzne cechy wynikające z niepełnosprawności pozostaje w stanie zależności od innych, podporządkowania i uległości, rezygnacji z własnej inicjatywy i aktywności w życiu społecznym. W wyniku takich założeń autonomia osoby z niepełnosprawnością jest ograniczona, nawet jeśli jest ona deklarowana (D. Otapowicz i in., 2016, s. 21). Po dominującym paradygmacie medycznym następuje zwrot ku społecznemu modelowi niepełnosprawności, w którym niepełnosprawność jest postrzegana jako zjawisko społeczne. W nim istotne jest zindywidualizowane podejście do człowieka z niepełnosprawnością, a tym samym zaczyna być dostrzegany problem podmiotowości osób z niepełnosprawnością (A. Krause, 2011, s. 118). W społecznym modelu niepełnosprawności ograniczenie autonomii jednostki następuje głównie w wyniku mechanizmów społecznych, które prowadzą do izolacji i zależności osoby z niepełnosprawnością. To mechanizmy dyskryminacji, wykluczenia, ogólnie postawy społeczne powodują, że osoby z niepełnosprawnością nie mogą w pełni realizować swojej autonomii. Zwiększenie ich autonomii może nastąpić dopiero w wyniku wyeliminowania ograniczeń ze środowiska rodzinnego, szkolnego i społecznego (D. Otapowicz i in., 2016, s. 25). Obok paradygmatu społecznego pojawia się również paradygmat emancypacyjny, w którym rozważania nad sytuacją osób z niepełnosprawnością ujmowane są w takich kategoriach jak: wolność, podmiotowość, godność, emancypacja. Głównym założeniem jest przekonanie, że osoby

z niepełnosprawnością są w stanie przekształcać niekorzystną sytuację społeczną aktywnie działając na rzecz swoich praw (D. Podgórska-Jachnik, 2013, s. 46).

W celu połączenia podejścia medycznego z podejściem społecznym powstał paradygmat biopsychospołeczny (B. Pollard i in., 2009, s. 2) lub inaczej nazywany funkcjonalnym, w którym istotną kategorią stało się pojęcie funkcji. W modelu tym niepełnosprawność jest rozumiana jako wynik złożonych relacji między właściwościami osoby, a właściwościami środowiska społecznego i fizycznego (M. Garbat, 2012, s. 25; D. Otapowicz i in., 2016, s. 26). W ramach tego paradygmatu opracowano Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), w którym rehabilitacja jest traktowana jako proces przywracania pełnego zdrowia, nie zaś ograniczania skutków dysfunkcji organizmu (S. Kowalik, 2009, s. 52).

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia zmieniła model ujmowania niepełnosprawności w czterech aspektach:

- odbiologizowanie zjawiska odchylenia od normy, co przyczyniło się do zmiany rangi uszkodzenia,
- podkreślenie zachowania możliwości, co w konsekwencji przyczynia się do zwrócenia uwagi na wymiar osobowy, a nie koncentrację na niepełnosprawności,
- podkreślenie kontekstu społecznego, co w rezultacie prowadzi do tworzenia systemu wsparcia,
- nastąpiła zmiana w podejściu do granic i możliwości rozwoju osoby z niepełnosprawnością (R. J. Kijak, 2013, s. 15). A. Sibley i współpracownicy (2006, s. 794) podkreślają, że struktura ICF podkreśla znaczenie uczestnictwa i autonomii dla jakości życia osób z niepełnosprawnością.

Zmiany paradygmatów znajdują również odzwierciedlenie na gruncie teleologii w pedagogice specjalnej, w której rozwój różnych umiejętności poprzez korekturę, kompensację i usprawnienie nie jest już celem samym w sobie, ale stanowi drogę do osiągnięcia niezależności osobistej i ekonomicznej przez osoby z niepełnosprawnością (K. Ćwirynkało, 2010, s. 60). Autonomia leży u podstaw podmiotowego traktowania człowieka z niepełnosprawnością (B. Szczupał, 2009, s. 177), a także ma zasadnicze znaczenie dla osiągania przez niego samodzielności (K. Kokot, 2010a, s. 26).

Autonomia nie jest wartością nadaną każdemu człowiekowi, ale wymaga ona rozwoju i wsparcia w środowisku, a nie blokowania jej przejawów (B. Tylewska-

Nowak, 2005, s. 21). Funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością naznaczone jest zależnością, obcością, bezradnością i słabością, strachem, izolacją, monotonią, a źródłem tych odczuć jest poczucie bycia zamkniętym we własnym ciele (A. Korzon, 2005, s. 14). Dlatego tak istotnym jest właściwe zdefiniowanie autonomii, która jest pojęciem wieloaspektowym.

W literaturze przedmiotu autonomia jest definiowana za pomocą następujących rodzajów definicji, wykorzystywanych na gruncie pedagogiki specjalnej:

1. definicje operacyjne, które są konstruowane na potrzeby badań empirycznych, często są one adaptowane z innych dyscyplin naukowych: antropologia, filozofia, socjologia, psychologia,
2. definicje, które obejmują opis wskaźników behawioralnych zachowań autonomicznych osób z niepełnosprawnością wraz z uwzględnieniem ich społecznego kontekstu,
3. definicje poprzez określenie miejsca ją generującego,
4. definicje, w których autonomia jest traktowana jako cel wspierania rozwoju, oddziaływań wychowawczych i rehabilitacyjnych (D. Kopeć, 2007, s. 159).

Przykładem pierwszego rodzaju definicji jest określenie dla celów badawczych rodzajów autonomii realizowanych przez młodzież z niepełnosprawnością w środowisku rodzinnym: autonomię posiadaną (czyli dawaną przez rodziców), autonomię pożądaną (ujmowaną jako potrzebę autonomii), oraz konflikt w osiąganiu autonomii (I. Obuchowska, 1990, s. 57).

Do drugiego rodzaju definicji możemy zaliczyć definicję autonomii według M. Czerepaniak-Walczak (1996, s. 7), która może powstawać w wyniku samodzielnie podejmowanych decyzji, ale także w wyniku procesu uzgadniania i negocjowania poszczególnych decyzji. W ten sposób granice autonomii są generowane przez rozwiązania formalne, w których jest określony zakres wolności i odpowiedzialności jednostki, ale także własną aktywność jednostki w osiąganiu i egzekwowaniu praw człowieka. Przykładem tego rodzaju definicji jest również następujące jej określenie: „autonomia jest także osiąganiem samodzielności życiowej osób w środowisku zamieszkania” (K. Kokot, 2010a, s. 26).

Ze względu na miejsce generujące powstawanie autonomii I. Obuchowska (1996, s. 19) wskazuje na autonomię „wewnątrzpochodną”, która przejawia się zarówno w świadomości jednostki i jej działaniu oraz autonomię „zewnątrzpochodną”, która wyraża się w przyzwoleniu środowiska na realizację autonomii.

Czwarta grupa definicji szczególnie podkreśla, że autonomia jest ostatecznym celem rehabilitacji osoby z niepełnosprawnością (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971; W. Dykcik, 2002d, s. 357; Cz. Kosakowski, 2003, s. 36; J. Kruk-Lasocka, 2007, s. 88; M. Kupisiewicz, 2013, s. 37). Zgodnie ze Słownikiem Pedagogiki Specjalnej autonomia osób z niepełnosprawnością jest definiowana jako cel procesu rehabilitacji, kształcenia oraz wychowania, ale także jako proces stopniowego wdrażania do samodzielności i niezależności w zakresie funkcjonowania psychofizycznego i kulturalnego, społeczno-moralnego i zawodowego (M. Kupisiewicz, 2013, s. 37). K. A. Shogren i współpracownicy (2019, s. 87) wskazują, że autonomiczne działanie wiąże się ze świadomym dokonywaniem wyborów, które wynikają z preferencji, zainteresowań, wartości i celów osoby z niepełnosprawnością. Świadomie podejmowane decyzje są krytyczne dla rozwoju samostanowienia, a także mają istotne znaczenie dla rozwoju umiejętności związanych z planowaniem i rozwiązywaniem problemów. Natomiast Cz. Kosakowski (2003, s. 36) dodaje, że autonomia, obok stopniowego zyskiwania przez osobę z niepełnosprawnością samodzielności i niezależności jest także równością praw i obowiązków. Podkreśla on, iż procesem, w ramach którego osoba z niepełnosprawnością zyskuje autonomię jest między innymi autorewalidacja, która polega na dynamizowaniu osoby z niepełnosprawnością do pracy nad sobą, zaś normą postępowania w działaniach wiodących do autonomii jest zasada podmiotowości. Według I. Obuchowskiej (1996, s. 22) autonomia jest „samostanowieniem w granicach normy", która jest również celem procesu rewalidacji, ale jej osiągnięcie będzie łatwiejsze na drodze do integracji. Na znaczenie integracji obok dążenia do autonomii w procesie rehabilitacji zwraca uwagę także W. Dykcik (2002d, s. 357), który wskazuje, że są to dwa mechanizmy osiągania życiowej samorealizacji przez osoby z niepełnosprawnością.

Autonomia jest także definiowana jako „rozwój od zależności poprzez niezależność do współzależności" (W. Pilecka, J. Pilecki, 1996, s. 31) i jest ona traktowana jako ostateczny cel rozwoju człowieka. Definiowana w ten sposób zakłada, że jednostka autonomiczna potrafi: kierować własnym zachowaniem, dokonywać wyborów zgodnych z własnymi i cudzymi potrzebami, a także kształtować relacje społeczne oparte na zasadzie wzajemności. Natomiast na inne aspekty autonomii zwraca uwagę W. Dykcik (2002d, s. 365), który definiując autonomię osoby z niepełnosprawnością, podkreśla w niej rolę pozytywnego stosunku do samego siebie.

Według niego „autonomia – jako nabyta, wyuczona akceptacja siebie, oznacza wartość, potrzebę, prawo i przywilej jednostki do budowania niepowtarzalnego kształtu własnej osoby i osobistej wersji swojego życia” (W. Dykcik, 2002d, s. 365). By uzyskać autonomię, która się wiąże z akceptacją siebie osoba z niepełnosprawnością realizuje autonomię w następujących zakresach: „jako samodzielność w wykonywaniu zadań, rezultat i przejaw procesu przystosowania, siłę wyzwalającą własną aktywność jednostki, a także jako przygotowanie do integracji społecznej w środowisku” (W. Dykcik, 2002d, s. 363). Autonomia nie jest traktowana jako stan, ale jest ona rozwijana w ciągu całego życia. Może być ona postrzegana jako ciągła i unikalna zmiana, która istnieje w różnym stopniu zależności od okoliczności, w jakich znalazła się dana osoba (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 973).

W pedagogice specjalnej autonomia jest traktowana jako zasób noetyczny nadający sens życia osobie z niepełnosprawnością poprzez odniesienie do świata wartości (J. Skibska, 2012, s. 89; P. Majewicz, M. Kościółek, E. Dyduch, 2017, s. 17). Natomiast M. L. Wehmeyer (2018, s. 12) traktuje autonomię jako wartość, która obok godności i wolności wyboru jest podstawą tworzenia „społeczeństwa dla wszystkich”.

Autonomia w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością jest definiowana za pomocą następujących pojęć:

1. podmiotowości społecznej w przestrzeni życiowej – rozumianej jako proces inicjowany przez jednostkę, przez nią realizowany w zgodzie z własnymi wartościami i standardami;

2. normalności i samodzielności życia w najbliższym otoczeniu, która wyraża się w następujących znaczeniach:

- samodzielności działaniowo-zadaniowej w życiu codziennym, która jest wynikiem właściwego rozwoju psychospołecznego,
- adaptacji, która jest przystosowaniem do środowiska życia jednostki, wraz z pełnionymi przez nią rolami społecznymi,
- aktywności własnej, która jest wynikiem indywidualności jednostki, a także jej potrzeb,
- przygotowaniu do życia, którego kierunek rozwoju powinien być wybrany przez osobę z niepełnosprawnością, ale z uwzględnieniem umiejętności samoregulacyjnych i przystosowawczych, które są uwarunkowane doświadczeniem, kontrolą i samooceną podejmowanych działań;

3. centralnej wartości życiowej, w której jest wartością, prawem, potrzebą i przywilejem osoby z niepełnosprawnością do kształtowania własnego życia (J. Skibska, 2012, s. 75).

Przedstawione ujęcia i definicje autonomii wskazują na trudności z konceptualizacją tego pojęcia, a także na jego powiązanie z samostanowieniem i samodzielnością osoby z niepełnosprawnością.

Natomiast D. Podgórska-Jachnik (2018, s. 63) korzystając z dorobku literatury feministycznej proponuje wprowadzić do pedagogiki specjalnej pojęcie autonomii relacyjnej, która przedstawia autonomię osoby z niepełnosprawnością w kontekście mediowania jej warunków w sytuacji niepełnosprawności. Model relacyjny autonomii zakłada poszukiwanie zasobów, poprzez personalizację doboru strategii pomocowych i specjalistycznych form wsparcia, które wspierają niezależność osoby z niepełnosprawnością. Przełamuje ona dychotomię zależności od innych vs. autonomia, a także jest ona osadzona na akceptacji faktu, że wszyscy członkowie społeczeństwa uczestniczą i są zależni od opieki, która pozwala im żyć i rozwijać się. W autonomii relacyjnej samodzielność i niezależność oznacza wybór i kontrolę wsparcia, nie zaś życie bez pomocy innych (D. Podgórska-Jachnik, 2018, s. 68). Autonomia relacyjna zmienia także spojrzenie na zasoby jednostek i społeczeństw (kapitał społeczny, pozycja społeczna, społeczne relacje i więzi), ponieważ zasoby nie mają tylko i wyłącznie służyć zaspokajaniu bieżących potrzeb jednostek zależnych od innych, ale mają się one przyczyniać do kształtowania i podnoszenia kompetencji rozwijających autonomię, poszerzających pole niezależności osoby z niepełnosprawnością, a także jej zdolność do samoopieki (D. Pogórska-Jachnik, 2018, s. 67).

Przedstawiona analiza pojęcia autonomii w pedagogice specjalnej podkreśla znaczenie autonomii człowieka z niepełnosprawnością w kontekście kształtowania życia w środowisku społecznym. Autonomia jest także efektem procesu adaptacji i przystosowania jednostki do środowiska w oparciu o jej indywidualności. By jednostka z niepełnosprawnością mogła zgodnie z własnymi potrzebami i uwarunkowaniami kształtować autonomię konieczne jest właściwe przygotowanie na rożnych etapach życia. Ważnym zadaniem osób z niepełnosprawnością w trakcie całego życia jest pogodzenie dwóch wysiłków rozwojowych: realizacji potrzeb i zadań wynikających z konkretnego okresu rozwojowego oraz przezwyciężanie ograniczeń wynikających z niepełnosprawności (M. Borowska, J. Kubica, 2012, s. 46). Procesami, których zadaniem jest przygotowanie osoby z niepełnosprawnością do kształtowania

własnego życia w oparciu o autonomię są: wychowanie w rodzinie, edukacja oraz proces rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Wyszczególnione procesy mają prowadzić osobę z niepełnosprawnością do realizacji autonomii i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Istotne dla autonomii jest zachowanie przez osoby z niepełnosprawnością równowagi pomiędzy koniecznością zależności a własną aktywnością. By osoba z niepełnosprawnością mogła rozwinąć ten cel konieczne jest kształtowanie następujących kompetencji:

- umiejętności optymistycznego i konstruktywnego radzenia sobie z trudnościami,
- nastawienia na samodzielne kształtowanie celów życiowych,
- uznania przez osobę z niepełnosprawnością własnej niesamodzielności w pewnych obszarach bez wyzwalania poczucia mniejszej wartości,
- rozwijania takiej koncepcji siebie, w której relacje zależnościowe z innymi ludźmi nie będą kojarzone z ryzykiem zachwiania lub utraty szacunku do samego siebie,
- umiejętności uwzględnienia w swoich działaniach wewnętrznych i zewnętrznych warunków ich realizacji (B. Szychowiak, 2003, s. 212).

Autonomia w wychowaniu odnosi się szczególnie do kształtowania autonomii dziecka z niepełnosprawnością w domu rodzinnym. I. Obuchowska (1994, s. 112) podkreśla, że autonomia dziecka jest warunkiem wychowania, to właśnie ona wyznacza jego skuteczność. Dziecko z niepełnosprawnością ze względu na zwiększoną obecność rodziców i potrzebę pomocy jest bardziej niż pełnosprawni rówieśnicy zależne od swoich opiekunów. Rodzina poprzez nadmiernie ochraniającą postawę może ograniczyć samodzielność i samostanowienie dziecka z niepełnosprawnością (W. Pilecka, J. Pilecki, 1996, s. 33; D. Kurpiel, 2011, s. 23). Podstawą rozwijania autonomii dziecka z niepełnosprawnością przez system rodzinny lub pozarodzinny jest spełnienie dwóch warunków: rozwijania kompetencji dziecka, a także rozwoju kompetencji własnych systemu. Drugi warunek dotyczy: redukcji obciążeń i wzrostu zasobów, zmiany postrzegania sytuacji niepełnosprawności, rozładowania napięcia wywołanego stresem. Zasobami rodziny, które ułatwiają kształtowanie autonomii w procesie wychowania są cechy adaptacyjne rodziny pozwalające dorastającemu na faktyczne zwiększenie autonomii: ogólna zdolność rodziny do adaptacji, otwarta komunikacja wewnątrz rodziny, otwartość rodziny na informacje pochodzące z zewnątrz systemu rodzinnego, umiejętność tolerowania odmienności wewnątrz rodziny, elastyczny podział ról i funkcji w rodzinie (B. Łapiński, 1988, s. 506).

Decydujące dla rozwoju autonomii dziecka są także zachowania wychowawcze rodziców i opiekunów. Szczególnie rozwojowi autonomii sprzyja akceptacja dziecka, jego empatyczne rozumienie, aktywny udział dziecka w codziennym życiu oraz intencjonalne rozwijanie jego umiejętności (W. Pilecka, J. Pilecki, 1996, s. 32-35). W pierwszych latach życia dziecka ważną rolę odgrywa obserwacja i pomaganie mu tylko w tych sytuacjach, kiedy jest to niezbędne. Pozwolenie dziecku na swobodę przyczynia się do jego rzeczywistego rozwoju, a także jest warunkiem nabywania kompetencji (A. Jakoniuk-Diallo, 2006, s. 249).

Listę wychowawczych oddziaływań, które mogą wspomagać rozwój autonomii dziecka z niepełnosprawnością prezentuje B. Szychowiak (2003, s. 213), która postuluje o stawianie dziecku realnych wymagań, zapewnienie możliwości zdobywania różnorodnych doświadczeń, dostrzeżenie jego indywidualności, bez nadmiernej koncentracji na niepełnosprawności oraz rozwijanie zachowań pożytecznych społecznie. Przywołany zestaw oddziaływań uzupełnia B. Antoszewska (2012, s. 155) w oparciu o sfery rozwoju dziecka:

1. w sferze poznawczej - poszukiwanie i przyswajanie informacji o niepełnosprawności, procedurach leczenia oraz umiejętności określania celów działania,
2. w sferze emocjonalnej - kontrola emocji, umiejętność ich adekwatnego wyrażania,
3. w sferze społecznej - akceptacja społecznej roli związanej z niepełnosprawnością, wykorzystanie możliwości społecznych, podejmowanie nowych zadań.

Lista konkretnych oddziaływań wychowawczych wspierających samostanowienie dzieci z niepełnosprawnością, poprzez eksplorację otoczenia, a jednocześnie spełniająca warunek podejmowania ryzyka przez dziecko jest następująca:

1. wyjaśnienie dziecku różnic wynikających z niepełnosprawności, ale jednak bez skupiania się tylko na negatywnych aspektach, ale również wskazywanie na unikalne zdolności dziecka,
2. wspieranie procesu osiągania przez dziecko celów, aby faktycznie uczyło się pracować nad nimi,
3. zaplanowanie interakcji z dziećmi w różnych miejscach – kościół, sąsiedztwo, szkoła,
4. wspieranie odczuwania przez dziecko odpowiedzialności za własne osiągnięcia,
5. rozwijanie kompetencji wyjaśniania przez dziecko własnych powodów podejmowanych aktywności (M. L. Wehmeyer, 2014, s. 182).

Jednak rodzice dziecka z niepełnosprawnością mogą mieć trudności w kształtowaniu u niego samostanowienia. Ich przyczyną może być problem z realizacją własnej autonomii. W efekcie niezrealizowana autonomia rodzica lub rodziców zaczyna być dziedziczona społecznie. Dodatkowym powodem może być niepełnosprawność dziecka, która wpływa na styl życia i funkcjonowania rodziny. Energia rodziców jest pochłaniana przez rehabilitację i wspieranie dziecka, co naraża rodzinę na izolację w różnych wymiarach życia społecznego. Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością w celu zachowania własnej autonomii powinny określić priorytety, a także posiadać świadomość czynników, które wpływają zarówno pozytywnie, jak i negatywnie na jakość życia rodziny (J. Doroszuk, 2013, s. 222). Istotne jest również by rodziny nie pozostawały z potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności dziecka same, a rozwijały się jako system w zakresie zdolności do umiejętnego korzystania ze wsparcia płynącego od specjalistów i środowiska społecznego, zarówno w wymiarze emocjonalnym, jak i terapeutycznym. Przepracowanie trudnych emocji związanych z niepełnosprawnością dziecka, a także dostarczenie odpowiedniej wiedzy z zakresu opieki i terapii dziecka wzmacnia podmiotowość rodziców w wychowaniu i rehabilitacji dziecka (A. Jakoniuk-Diallo, 2006, s. 245).

Ponadto czynnikiem, który utrudnia rozwój autonomii u dziecka, a szczególnie dziecka z niepełnosprawnością ruchową jest nieadekwatnie stosowany system nagród i kar w rodzinie. Metody karzące kształcą w dziecku takie cechy jak: nadmierne podporządkowanie, zahamowanie, lęk przed kontaktami społecznymi lub agresję wobec innych. Metoda stałego nagradzania prowadzi zaś do nadmiernej potrzeby pochwał, nieumiejętności radzenia sobie z odrzuceniem, zależności od pozytywnych wzmocnień społecznych (H. Wardaszko-Łyskowska, 1988, s. 142). Przeprowadzone analizy w zakresie kształtowania autonomii dzieci z niepełnosprawnością w rodzinie uzupełnia zestawienie czynników, które mogą ograniczyć jej rozwój: style wychowawcze, negatywne postawy rodzicielskie, szczególnie nadopiekuńczość, stawianie nadmiernych wymagań i odrzucenie (W. Loebl, 2003, s. 393). Świadomość zadań rodziny w zakresie rozwoju autonomii dziecka pozwala na celowe oddziaływania wychowawcze, jak również na uniknięcie mechanizmów prowadzących do jej ograniczenia na wczesnych etapach życia osoby z niepełnosprawnością.

Kolejnym procesem kształtującym autonomię osób z niepełnosprawnością jest edukacja. W wyniku przemian społecznych nastąpiła zmiana w postrzeganiu osób

z niepełnosprawnością, a tym samym jednym z ważniejszych zagadnień stało się rozwijanie podmiotowości wyrażającej się w zdolności do działania, aktywnym przystosowaniu się do środowiska oraz uczestnictwie społecznym. Zmienia się model myślenia pedagogicznego, w którym pedagog ma do wyboru dwa modele myślenia: konserwatywny i liberalny. Właśnie model liberalny jest skoncentrowany na kształtowaniu indywidualności ucznia, a także jego dążeniu do autonomii. To edukacja jest inwestycją w samodzielność, samorealizację i pomyślną perspektywę życiową osób z niepełnosprawnością (A. Rakowska, 2011, s. 11). Autonomia jest warunkiem przygotowania jednostki do funkcjonowania zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. O. Speck (2005, s. 198) przeciwstawia autonomię egoizmowi i podkreśla, że wymaga ona umiejętności radzenia sobie z niepewnością i wzajemnymi zależnościami. Dlatego należy nauczyć jednostkę poszukiwania we współczesnych warunkach cywilizacyjnych równowagi pomiędzy autonomią i wzajemnymi zależnościami, a także pomiędzy własnym życiem i odpowiedzialnością za innych.

Szczególnym miejscem rozwijania autonomii uczniów z niepełnosprawnością jest edukacja w paradygmacie inkluzyjnym, który przyczynia się do przygotowania zarówno osób z niepełnosprawnością, jak i osób pełnosprawnych do samostanowienia i wspólnego funkcjonowania w życiu społecznym (J. Kruk-Lasocka, 2007, s. 88). Podobne wnioski wysuwa na podstawie analizy systemu edukacji dla uczniów z niepełnosprawnością D. Otapowicz ze współpracownikami (2016, s. 85) podkreślając, że w edukacji włączającej następuje równość szans, a tym samym uczniowie z niepełnosprawnością stają się pełnoprawnymi członkami społeczności szkolnej. Natomiast kształcenie uczniów z niepełnosprawnością w systemie specjalnym i integracyjnym ocenia jako ograniczające autonomię dziecka z niepełnosprawnością, ponieważ znacznie zmniejsza ich zakres niezależności i swobody. W przypadku edukacji specjalnej pozbawia ona uczniów możliwości nabywania kompetencji społecznych, a wręcz przyczynia się do doświadczenia wykluczenia i izolacji, zaś edukacja integracyjna zmusza uczniów z niepełnosprawnością do dopasowania się do wzorców wyznaczanych przez uczniów sprawnych (M. Otapowicz i in., 2016, s. 83).

Ograniczeniem zarówno w procesie rehabilitacji, jak i wychowania może być również postawa pedagogów specjalnych. Specjalistyczna wiedza i paternalistyczna postawa, które ograniczają możliwość dialogu z osobą z niepełnosprawnością mogą przyczynić się do: koncentracji na niewydolności podopiecznych, ich bezradności

i konieczności korzystania ze wsparcia, ograniczania wyborów osoby z niepełnosprawnością tylko do tych mniej ważnych życiowo. Kolejnym ograniczeniem w nabywaniu autonomii dziecka z niepełnosprawnością może stać się nadmierny formalizm wiążący się z dokładnie rozpisanymi planami, zadaniami, celami procesu wychowania. W ten sposób w procesie wychowania zostaje niewiele miejsca na odkrywanie przez osobę z niepełnosprawnością podmiotowego samostanowienia, a także faktycznego rozwinięcia procesu autorewalidacji. Kształtowanie autonomii polega na nauce wykorzystywania jej i życia z nią (A. Krause, 2008, s. 28). Poszanowanie autonomii osoby z niepełnosprawnością i wspieranie jej w procesie autorewalidacji, polega na wykluczaniu działań, które prowadzą do sterowania osobą z niepełnosprawnością, a także na wypracowaniu i wspieraniu działań, które mają charakter spontaniczny i adaptacyjny (A. Mikrut, 2009, s. 31; P. Majewicz, 2019, s. 42). Zadanie to jest wymagające również dla pedagogów specjalnych, którzy by prawidłowo przeprowadzić proces rewalidacji, zgodnie z myślą M. Grzegorzewskiej i I. Obuchowskiej (za: A. Krause, 2008, s. 29) mierzą się z koniecznością umiejętnego przekraczania własnych granic, wyznaczonych przez własne wyobrażenia, wyuczoną wiedzę i doświadczenia. Dlatego przed pedagogami specjalnymi staje zadanie kształtowania właściwej postawy, opartej na poszanowaniu godności osoby z niepełnosprawnością (B. Bugajska, 2007, s. 178). Natomiast J. Głodkowska (2014, s. 105) dodaje, że istotnym celem opiekunów i rehabilitantów jest nauczenie się relacji, w których samostanowienie osoby z niepełnosprawnością jest realną wartością.

Szczególnym przejawem autonomii osób z niepełnosprawnością jest podejmowanie decyzji o formie kształcenia. Na wcześniejszych etapach edukacji jest ono związane z uwzględnianiem pragnień i opinii dzieci z niepełnosprawnością. W ten sposób mogą one współdecydować, pomimo ograniczeń wynikających z niepełnosprawności. Wraz z rozwojem osoby z niepełnosprawnością i gromadzeniem doświadczeń w podejmowaniu decyzji kształtujących własne życie, osoba z niepełnosprawnością dochodzi do momentu, gdy wszystkie wybory dokonywane są na podstawie własnych standardów i wartości. Takim wyborem jest wybór kierunku studiów zwieńczający obowiązkowy okres edukacji (A. Mikrut, 2013, s. 55).

Kolejną płaszczyzną, w której autonomia osób z niepełnosprawnością może być wspierana lub ograniczana jest rehabilitacja. Osoba z niepełnosprawnością powinna być włączona w proces własnej rehabilitacji, poprzez branie odpowiedzialności za jej przebieg. W ten sposób staje się ona podmiotem oddziaływań rehabilitacyjnych, a także

rozwija niezbędne kompetencje do wytyczenia własnej drogi i poradzenia sobie w życiu (A. Twardowski, 2005, s. 17). J. Sowa (2011, s. 30) podkreśla, że szacunek dla autonomii jest jedną z czterech kategorii zasad moralnych w procesie rehabilitacji i jest on definiowany jako norma nakazująca poszanowanie woli autonomicznych osób. Autor ten dodaje, że zasada niekrzywdzenia, dobroczynności i sprawiedliwości zawsze odgrywały w etyce ważną rolę, zaś autonomia dopiero współcześnie zyskała należne miejsce, z powodu zainteresowań obecnej epoki. Jednostka autonomiczna w myśli J. Sowy (2011, s. 31) jest definiowana jako wolna i postępująca zgodnie z planem, o którym samodzielnie zdecydowała. F. Wojciechowski (2010, s. 230) zaznacza, że myśląc o przyszłości dorastającej młodzieży z niepełnosprawnością w procesie rehabilitacji należy uwzględnić następujące zasady:

1. zasadę równości – doświadczenia osób z niepełnosprawnością powinny być ujmowane w kategoriach niedogodności lub ograniczenia;
2. zasada inkluzji – rozwój środowiska, które uwzględnia potrzeby wszystkich członków społeczności, w tym osób z niepełnosprawnością, mających takie same potrzeby jak pozostali członkowie społeczności;
3. zasada autonomii – osoby z niepełnosprawnością są ekspertami w dziedzinie własnego życia, dlatego powinny one pozostawać na pozycjach liderskich na drodze samorozwoju i wyzwalania aktywności.

Nierespektowanie tych zasad w procesie wspierania osób z niepełnosprawnością może przyczyniać się do opóźnienia procesu dorastania i osiągania dojrzałości społecznej, a w skrajnych sytuacjach do infantylizacji osób z niepełnosprawnością, ukształtowania osobowości zależnej, a nawet do specyficznych zaburzeń psychicznych (F. Wojciechowski, 2010, s. 230).

Prawidłowo przeprowadzony proces rehabilitacji powinien prowadzić do samorealizacji osoby z niepełnosprawnością (I. Obuchowska, 1996, s. 21). Samorealizacja jest procesem stawania się „tym kim chcę być", poprzez spełnienie swoich planów. Jednostka samorealizująca się odznacza się następującymi cechami: dążeniem do wewnętrznej spójności, dystansem wobec zdarzeń, niezależnością poglądów i działań, umiejętnością wchodzenia w bliskie związki, poczuciem humoru (A. Maslow, 2006, s. 71; M. Kupisiewicz, 2013, s. 318).

W ten sposób zostaje rozwiązany dylemat, który pojawia się w literaturze przedmiotu, dotyczący ograniczenia niezależności osób z niepełnosprawnością w procesie rehabilitacji (S. Kowalik, 1996, s. 54; A. Krause, 2011, s. 205; A. Mikrut,

2013, s. 389). Cz. Kosakowski (2016, s. 85) rozważa nawet konieczność przymusu w procesie rehabilitacji i wychowaniu osób z niepełnosprawnością. Traktując go jako niezbędny element rozwoju jednostki z niepełnosprawnością, choć otwarte pozostaje pytanie o granice przymusu w rehabilitacji i wychowaniu. Jednak autor ten również dostrzega konieczność uświadomienia sobie przez osobę z niepełnosprawnością znaczenia własnej aktywności dla jakości jej życia. Bierna postawa osoby z niepełnosprawnością prowadzi do obniżenia skuteczności procesu rehabilitacji.

Celem opisanych procesów wychowania, edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością jest autonomia i uczestniczenie osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym. Osoby z niepełnosprawnością pod hasłem „autonomia życia" zaczęły domagać się prawa do samostanowienia o własnym życiu i podejmowania w nim istotnych decyzji, protestowały przeciwko uzależnieniu od instytucji (O. Speck, 2005, s. 45). Właśnie autonomia daje osobie z niepełnosprawnością prawo wyboru podejmowanych ról społecznych, a nawet prawo do życia w samotności. Jednak wybór ten nie może być zmniejszany przez naciski o charakterze psychologicznym czy socjologicznym (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971). Szerszą perspektywę autonomii rozumianej jako niezależność i samostanowienie wskazuje J. Głodkowska i U. Gosk (2018, s. 33), które podkreślają, że umiejętność dokonywania wyborów, a także odkrywanie własnej podmiotowości wyzwalają w osobie intencjonalność i sprawstwo, dzięki którym osoba z niepełnosprawnością staje się autorem własnego życia. Zadanie uświadomienia sobie znaczenia tego procesu dotyczy nie tylko osoby z niepełnosprawnością, ale również jej otoczenia społecznego.

Natomiast ograniczenia autonomii osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym mogą wynikać ze stereotypowego postrzegania niepełnosprawności oraz długiego funkcjonowania na marginesie życia społecznego (A. Krause, 2011, s. 204). Badacze S. Bedyńska i P. Rycielski (2010, s. 17) wskazują, że osoby z niepełnosprawnością w życiu społecznym doświadczają nadmiernej ochrony, wyręczania, ograniczenia autonomii, a więc postaw o charakterze paternalistycznym, które przejawiają wobec nich osoby pełnosprawne. Ograniczeniem staje się jednostronność relacji, w których osoby z niepełnosprawnością mają pozostać w narzuconej roli społecznej (por. I. Wagner, H. Wiśniewska-Śliwińska, 2016, s. 87).

Gdy jednak domagają się poszanowania własnych praw, wtedy stają się niewygodne i są postrzegane jako osoby niewdzięczne (M. Bełza, 2017, s. 23). Dodatkowym wzmocnieniem jednostronności relacji pomiędzy osobami

pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi jest przekaz kulturowy i medialny, w którym wizerunek osób z niepełnosprawnością jest kształtowany w oparciu o stereotypowe ich postrzeganie. Za mało w przekazie medialnym jest prezentowania osób z niepełnosprawnością jako uczestników życia społecznego, którzy mają określone role społeczno-zawodowe (D. Podgórska-Jachnik, 2013, s. 83; A. Bieganowska-Skóra, 2017, s. 59). W wyniku negatywnych procesów niepełnosprawność staje się centralną kategorią, wokół której zostaje zbudowana społeczna identyfikacja osoby (S. Byra, 2009, s. 67). Dlatego M. Lejzerowicz (2017, s. 19) podkreśla, że proces stygmatyzacji osób z niepełnosprawnością prowadzi w konsekwencji do autostygmatyzacji, która polega na uwewnętrznieniu postaw innych osób wobec własnej osoby.

Kolejnym mechanizmem społecznym, który powoduje niemożność realizowania postulatu autonomii i uczestnictwa w życiu społecznym jest wykluczenie społeczne. Jest ono utrwalonym wzorcem społecznych zachowań, które przyczyniają się do socjalizacji członków społeczności, w tym również osób z niepełnosprawnością prowadząc w konsekwencji do braku aktywności oraz zaniku podmiotowości tej grupy społecznej (J. Erenc, 2008, s. 287). P. Kubicki (2017, s. 45) zwraca uwagę na złożoność procesu wykluczenia społecznego, które jest deprywacją w sferze zasobów, praw i uczestnictwa osób z niepełnosprawnością. Deprywacja jednego obszaru skutkuje negatywnymi konsekwencjami w pozostałych obszarach. Skrajnymi punktami procesu wykluczenia społecznego są z jednej strony możliwość samodzielnego i niezależnego życia, zaś z drugiej niesamodzielność osoby z niepełnosprawnością, która np.: w wymiarze prawnym skutkuje ubezwłasnowolnieniem. Jednak ograniczanie samodzielności ma nie tylko wymiar jednostkowy, jak wskazuje J. Erenc (2008, s. 70) jest to także proces grupowy, w którym pewne grupy w wyniku naznaczenia społecznego i zamiany naturalnych relacji społecznych tracą podmiotowość. W ten sposób dochodzi do izolacji osób chorych i z niepełnosprawnością w zamkniętych formach oddziaływania np.: Domach Pomocy Społecznej. W tego typu instytucjach występuje dualny system opieki instytucjonalnej, podkreślający z jednej strony konieczność realizacji idei podmiotowości i samostanowienia jednostki, zaś w praktyce codziennej stosuje system kontrolno-nadzorczy (J. Niedbalski, 2013, s. 53; S. Kowalik, 2018, s. 71). W konsekwencji mieszkańcy instytucji zamkniętych znajdują się w sytuacji zwiększonej zależności od innych, marginalizacji społecznej, deprywacji doświadczeń i ograniczenia własnych możliwości (L. Marszałek, 2007, s. 349).

Dodatkowo negatywne mechanizmy społeczne, które utrudniają realizację autonomii i uczestnictwa osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym wzmacniają obowiązujące regulacje prawne. Badacze P. Kubicki (2017, s. 46) i D. Podgórska-Jachnik (2018, s. 59) wskazują na konsekwencje przyjętych w polskim prawodawstwie założeń, które skutkują powiązaniem orzekania o niepełnosprawności z pojęciem „niesamodzielności”. Powodują one koncentrację na ograniczeniach fizycznych osoby z niepełnosprawnością, nie zaś na jej zasobach, zakorzeniają w medycznym modelu niepełnosprawności, pomijając dynamiczny charakter relacji pomiędzy jednostką a jej otoczeniem, ponadto wyzwalają myślenie kategoriami opieki (D. Podgórska-Jachnik, 2018, s. 61). W polskim prawodawstwie nie została uwzględniona rola wsparcia, które wzmacnia lub ogranicza sprawczość i decyzyjność, a także niezależność i samodzielność osoby z niepełnosprawnością (T. Żółkowska, 2013, s. 50; J. Kirenko, R. Wawer, 2015, s. 40; P. Kubicki, 2017, s. 46; T. Masłyk, 2019, s. 311).

Przedstawionym ograniczeniom w realizacji autonomii i uczestnictwa osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym odpowiadają metody i mechanizmy wypracowane przez pedagogikę specjalną. Jednym z zadań pedagogiki specjalnej jest przygotowanie osób z niepełnosprawnością do podejmowania odpowiedzialności w życiu społecznym, z uwzględnieniem zmian, jakie niosą ze sobą zmienne warunki życia społecznego. Szczególnego znaczenia w tym procesie podobnie, jak w rehabilitacji, nabiera autorewalidacja, która wyraża się w dynamizowaniu osoby z niepełnosprawnością do pracy nad sobą, a także wzbudzenia aktywności poznawczej w celu poznania i zrozumienia otaczającej rzeczywistości (Cz. Kosakowski, 1997, s. 42). Nadawanie praw osobom z niepełnosprawnością bez właściwego przygotowania, czyli bez uruchomienia mechanizmu autorewalidacji w konsekwencji prowadzi do izonomii, czyli sytuacji, w której nie potrafią w pełni skorzystać ze swoich uprawnień. Wtedy osoby z niepełnosprawnością mogą przyjmować postawę roszczeniową wobec otoczenia, postawę „wyuczonej bezradności” lub unikania sytuacji korzystania ze swoich praw. W świetle zagrożenia izonomią wyraźnie rysuje się wielowymiarowość kształtowania autonomii osób z niepełnosprawnością (M. Czerepaniak-Walczak, 1996, s. 74).

Osiąganie autonomii przez osoby z niepełnosprawnością w życiu społecznym, wiąże się z ich przygotowaniem do uczestnictwa, ale również z przeciwdziałaniem społecznym tendencjom segregacyjnym, izolacyjnym i dyskryminacyjnym (I. Ramik-Mażewska, 2008, s. 78). Procesem wspierającym samodzielność osób

z niepełnosprawnością jest normalizacja, która akcentuje zdolności do samostanowienia o własnym życiu. Rozwinięcie takiej postawy jest możliwe poprzez samodzielne inicjowanie przez nie działań skierowanych do drugiego człowieka. Podstawą uczestnictwa w życiu społecznym jest zasada obywatelskości polegająca na funkcjonowaniu zgodnym z normami prawnymi i obyczajowymi (S. Kowalik, 2007, s. 263). M. Cardol, B. A. de Jong i C. D. Ward, (2002, s. 972) również podkreślają, że dla osób z niepełnosprawnością istotne jest doświadczenie społecznego uczestnictwa, którego podstawą jest autonomia stanowiąca jego osobistą ocenę. Jednak nie można zakładać, że autonomiczna osoba z niepełnosprawnością nie wymaga już wsparcia ze strony społeczeństwa. W wyniku osiągnięcia przez jednostkę autonomii wzajemne relacje przekształcają się w relacje o cechach współzależności (W. Pilecka, J. Pilecki, 1996, s. 31; S. Kantyka, 2002, s. 141; O. Speck, 2005, s. 198; E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018, s. 19; D. Podgórska-Jachnik, 2018, s. 68). Dlatego B. Olszak-Krzyżanowska (2008, s. 212) uzupełnia rozumienie autonomii osób z niepełnosprawnością o umiejętność uwzględniania przez nie w procesie decyzyjnym obok własnych potrzeb, również potrzeb innych osób, co wiąże się z rozwijaniem kompetencji polegającej na kształtowaniu relacji opartych na zasadzie wzajemności. Ze strony osób pełnosprawnych kontakty z osobami z niepełnosprawnością mogą wymagać asertywności, ponieważ uległość zamiast wzmacniać autonomię przyczynia się do nasilenia poczucia bezradności, obniżania poczucia własnej wartości i zdolności radzenia sobie z trudnościami. Prawidłowa, asertywna postawa osób pełnosprawnych wobec osób z niepełnosprawnością oznacza udzielenie im wsparcia tylko w sytuacji realnych potrzeb, co powoduje wspieranie samodzielności w obszarach, które są w zasięgu ich możliwości (B. Szychowiak, 2006, s. 255).

Obecnie w dyskursie na temat niepełnosprawności zakorzeniło się pojęcie nierównych szans, ponieważ udzielanie pomocy osobom z niepełnosprawnością mające charakter wyrównawczy, pozwala na osiągnięcie autonomii prowadzącej do niezależnego życia na zasadach partycypacji społecznej (D. Podgórska-Jachnik, 2013, s. 45). Opiera się ono na przesłance, że zarówno potrzeby osób pełnosprawnych, jak i z niepełnosprawnością mają takie samo znaczenie i są one podstawą do planowania działalności społecznej. Dlatego tak istotne jest znoszenie barier, które utrudniają osobom z niepełnosprawnością pełne uczestnictwo w życiu społecznym, a także równy podział zasobów, by każda jednostka miała zapewnione równe szanse na pełnienie ról społecznych (M. A. Paszkowicz, 2009, s. 61).

W życiu społecznym dostrzega się konieczność partycypowania osób z niepełnosprawnością w pełni życia społecznego. Realizacja tego postulatu jest możliwa gdy osoba z niepełnosprawnością ma szanse korzystania z następujących form wsparcia: osobistej asystentury, właściwej informacji, mieszkania, edukacji, dostępu do środowiska i do areny politycznej. Autonomia osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym oznacza prawo do dokonywania przez nią takich samych wyborów, jak osoby pełnosprawne np.: dorastania w swojej rodzinie, uczęszczania do szkoły w pobliżu domu rodzinnego, korzystania z publicznych środków transportu, założenia własnej rodziny (M. A. Paszkowicz, 2009, s. 63). Badacze podkreślają konieczność stworzenia osobom z niepełnosprawnością możliwości korzystania z internetu, ponieważ pozwala on osobom z niepełnosprawnością na autonomiczną działalność w przestrzeni wirtualnej bez konieczności wychodzenia z domu, a także bez pomocy osób trzecich. W przestrzeni wirtualnej osoba z niepełnosprawnością może wykonywać czynności związane nie tylko z poszukiwaniem informacji i rozrywki, ale również z aktywnością społeczną np.: poszukiwanie wsparcia, tworzenie grup samopomocowych (T. Masłyk, E. Migaczewska, 2014, s. 177).

Kolejnym procesem wspierającym autonomię osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym jest emancypacja, wiążąca się z podkreśleniem ich podmiotowości, co w konsekwencji spowodowało zmianę społeczną wyrażającą się w nowym usytuowaniu osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym. Osoby z niepełnosprawnością są obecne w instytucjach życia społecznego, powołują do życia własne stowarzyszenia, a także wzrastają ich aspiracje edukacyjne (D. Podgórska-Jachnik, 2013, s. 66). Pełna autonomia nie jest w przypadku osób z niepełnosprawnością tylko równością praw i obowiązków, ale także wiąże się ona z koniecznością brania odpowiedzialności na równi z innymi członkami społeczności. W ruchu emancypacyjnym osoby z niepełnosprawnością dążą do realizacji zmiany społecznej opartej na wzajemnej wymianie, pomimo zależności od innych ludzi (W. Loebl 2003, s. 395). W tym wyraża się zmiana świadomości społecznej, a tym samym dostrzeżenie aktywności, podmiotowości i autonomii osób z niepełnosprawnością. Emancypacja opiera się na następujących pojęciach: niezależności, indywidualności, samostanowieniu, umacnianiu i integracji z głównym nurtem społeczeństwa. Koncepcja ta zakłada przeniesienie osób z niepełnosprawnością do społeczności lokalnych, ograniczając ich zależność od innych osób poprzez programy, które zaspokoją ich różnorodne potrzeby. Zadaniem społeczności lokalnej

jest stworzenie odpowiednich struktur i przestrzeni dla osób z niepełnosprawnością (B. Borowska-Beszta, 2012, s. 173).

Pojęcie autonomii w pedagogice specjalnej jest od początku obecne w refleksji nad osobą z niepełnosprawnością. Kształtowanie autonomii osób z niepełnosprawnością jest procesem, który zależy zarówno od czynników indywidualnych, jak i prawidłowo przebiegających procesów wychowania, kształcenia i rehabilitacji. Ich podstawą są uwarunkowania wynikające ze stanu zdrowia osoby z niepełnosprawnością, a także ograniczeń i możliwości wynikających z rodzaju niepełnosprawności.

Ewolucja terminu „niepełnosprawność” zmierza w kierunku określenia obszarów niezależności osoby z niepełnosprawnością (J. Kirenko, R. Wawer, 2015, s. 41), jak również zasobów warunkujących autonomię i pełne ich uczestnictwo w życiu społecznym (E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018, s. 20). Realizacja przez osobę z niepełnosprawnością autonomii ma wymiar indywidualny, ale ma znaczenie społeczne (M. L. Wehmeyer 2018, s. 12), a także jest uwarunkowana przez rozwój społeczny (J. Kirenko, R. Wawer, 2015, s. 41), przepisy prawne (m.in. P. Kubicki, 2017, s. 46), jak również dostęp do usług (m.in. A. M. Paszkowicz, s. 63). W dyskursie dotyczącym autonomii osób z niepełnosprawnością istotne jest jej powiązanie z samostanowieniem, godnością i podmiotowością, co wiąże się z filozoficznym rozumieniem tego pojęcia. W pedagogice specjalnej autonomia jest przeciwstawiana zależności osoby z niepełnosprawnością, a łączona z takimi pojęciami jak samodzielność, współzależność, a także uczestnictwo.

2.3. Autonomia w niepełnosprawności ruchowej

Pojęcie autonomii jest rozważane w pedagogice specjalnej jako pojęcie odnoszące się ogólnie do fenomenu niepełnosprawności. Jednak ze względu na różne uwarunkowania autonomii związane z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności w tej części pracy zostanie szczegółowo przeanalizowana autonomia w kontekście niepełnosprawności ruchowej. Osoby z niepełnosprawnością ruchową są grupą niejednorodną, ponieważ różne rodzaje schorzeń powodują inne rodzaje trudności w codziennym funkcjonowaniu. Ponadto istotnymi czynnikami modyfikującymi sposób radzenia sobie z niepełnosprawnością są: czas nabycia niepełnosprawności, stopień niepełnosprawności, a także czynniki środowiskowe w postaci barier. Dlatego, tak ważne jest pytanie o kształtowanie autonomii osób z niepełnosprawnością ruchową,

zwłaszcza tych, które ze względu na rodzaj niepełnosprawności są zależne od opiekunów i usług specjalistycznych, co determinuje ich aktywność w codziennym życiu. Ograniczenia w realizacji autonomii wynikają zarówno z czynników podmiotowych związanych ze stanem chorobowym i jego konsekwencjami psychologicznymi, jak również czynników o charakterze społecznym. Szczególnego znaczenia dla kształtowania autonomii osób z niepełnosprawnością ruchową nabiera funkcjonalny opis niepełnosprawności, który opiera się zarówno na czynnikach społecznych, jak i medycznych (D. Otapowicz i in., 2016, s. 26).

2.3.1. Charakterystyka niepełnosprawności ruchowej

W literaturze przedmiotu sprawność ruchowa jest definiowana jako umiejętność władania własnym aparatem ruchowym. Nabywa się ją poprzez opanowanie podstawowych nawyków ruchowych. Dziecko od urodzenia uczy się posługiwania własnym ciałem. W pierwszych miesiącach życia aktywność ruchowa ma charakter ogólny i odruchowy, zaś w kolejnych etapach życia dziecko uczy się bardziej skomplikowanych, celowych i precyzyjnych ruchów. W wyniku aktywnego stylu życia, zainteresowań, praktykowania aktywności sportowej człowiek może osiągnąć wysoki poziom sprawności ruchowej, szczególnie na przełomie drugiej i trzeciej dekady życia. Wysoka sprawność ruchowa może utrzymać się przez kolejne dwie lub trzy dekady życia, by następnie w sposób naturalny ulegać regresji (K. Śniegowski, M. Nowak, P. Cieśla 2015, s. 52).

Narząd ruchu pozwala na wykonywanie ruchów manipulacyjnych przy pomocy kończyn górnych oraz ruchów lokomocyjnych, które są wykonywane za pomocą kończyn dolnych. Zarówno ruchy manipulacyjne, jak i lokomocyjne są cały czas potrzebne człowiekowi zarówno w codziennym życiu, jak i aktywności zawodowej. W połączeniu ruchy manipulacyjne i lokomocyjne tworzą czynności motoryczne, które mogą być wykonywane na różnym poziomie sprawności motorycznej, która jest określona przez dokładność, prawidłowość, szybkość i zręczność, oraz siłę wraz z koordynacją ruchów wykonywanych przez dwie lub cztery kończyny (M. Wolan-Nowakowska, 2013, s. 30). Uszkodzenie narządu ruchu ogranicza w istotny sposób sprawność psychofizyczną człowieka. Osoby z niepełnosprawnością ruchową to osoby, które odznaczają się istotnym uszkodzeniem i obniżeniem sprawności funkcjonowania organizmu powodującym utrudnienia, ograniczenia

lub uniemożliwiającym wykonywanie zadań życiowych i wypełnianie ról społecznych charakterystycznych dla wieku, płci, stanu i czynników środowiskowych, społecznych i kulturowych (L. Ścisło, i in., 2014, s. 597). Osoby z niepełnosprawnością ruchową stanowią różnorodną populację, ponieważ z jednej strony zaliczamy do niej osoby z niewielkim uszkodzeniem aparatu ruchu, samodzielnie poruszające się i obsługujące, zaś z drugiej strony z całkowitą niesprawnością narządu ruchu zdane na pomoc innych, czyli osób trzecich (J. Kirenko, 2002, s. 37).

W niepełnosprawności ruchowej poza naruszeniem sprawności motorycznej, następuje również ograniczenie wydolności fizycznej organizmu, która jest określana jako każdego rodzaju aktywność ruchowa ciała z udziałem mięśni szkieletowych, powoduje ona wyższy wydatek energii niż w stanie spoczynku (M. Wolan-Nowakowska, 2013, s. 30).

Przyczyny niepełnosprawności ruchowej związane są z miejscem uszkodzenia aparatu ruchowego. Ze względu na przyczynę niepełnosprawności ruchowej wyróżnia się następujące grupy niepełnosprawności ruchowej:

1. brak kończyn lub ich części

- amputacje wynikające z wypadków losowych lub chorób,
- niewykształcenie się poszczególnych części ciała w okresie rozwoju płodowego,

2. uszkodzenie układu nerwowego lub systemu mięśni w części odpowiedzialnej za funkcjonowanie kończyn

- mózgowe porażenie dziecięce, chorobę Heinego-Medina, stwardnienie rozsiane, przepuklinę rdzeniowo-mięśniową, pląsawicę, wylewy i guzy mózgu, gruźlicze zapalenie mózgu, urazy mechaniczne mózgu, uszkodzenie rdzenia kręgowego;

3. niepoprawne uformowanie szkieletu w okresie rozwoju płodowego lub w okresie rozwoju

- achondroplazja lub inny rodzaj karłowatości,
- niepoprawne rozwinięcie się struktury szkieletu w wyniku chorób i niedoborów,

4. uszkodzenia stawów

- spowodowane wypadkami, często o charakterze sportowym,
- zakłócenia funkcjonowania stawów w wyniku degradacji związanej z wiekiem, a także szeregu chorób reumatycznych (P. Wolski, 2013, s. 8).

Przedstawiona charakterystyka pokazuje, że osoby z niepełnosprawnością ruchową są grupą zróżnicowaną, o różnych potrzebach, a także doświadczającą różnych dolegliwości spowodowanych chorobami powodującymi niepełnosprawność ruchową.

Do chorób, które należą do najczęstszych przyczyn niepełnosprawności ruchowej zaliczane są:

1. mózgowe porażenie dziecięce – jest to choroba przewlekła, która jest niepostępującym zaburzeniem powstającym w następstwie nieprawidłowego rozwoju lub uszkodzenia mózgu. Ze względu na typ porażenia wyróżnia się: monoplegię (porażenie jednej ręki lub nogi), hemiplegię (porażenie obu kończyn po tej samej stronie ciała), triplegia (porażenie trzech kończyn), diplegia (obustronny symetryczny niedowład), quadriplegia (porażenie wszystkich kończyn, ale nieregularne, niesymetryczne). Mózgowemu porażeniu dziecięcemu może towarzyszyć zespół psychoorganiczny, który wyraża się w występowaniu zaburzeń w sferze emocjonalno-popędowej, chwiejną afektywnością, drażliwością i wybuchowością, a także brakiem cierpliwości i wytrwałości w dążeniu do celu (D. Kurpiel, 2011, s. 11);

2. stwardnienie rozsiane – jest przewlekłą zapalną chorobą demielinizacyjną centralnego układu nerwowego. Stanowi ono główną przyczynę nieurazowej neurologicznej niepełnosprawności u osób młodych w Europie i Stanach Zjednoczonych. Choroba ta ma zróżnicowany obraz kliniczny, w którym mogą występować następujące objawy: problemy z poruszaniem się, zaburzenia koordynacji ruchów, zaburzenia czucia, bóle o charakterze przewlekłym, zaburzenia widzenia, zaburzenia mowy, zaburzenia kontroli zwieraczy, zaburzenia funkcji seksualnych, zaburzenia poznawcze, zaburzenia nastroju i zmęczenie (J. Dymecka, 2015, s. 156);

3. uraz rdzenia kręgowego – najczęstszą przyczyną uszkodzenia rdzenia kręgowego są urazy (70%), zaś pozostałe 30% powstaje w następstwie chorób. Uszkodzenia rdzenia kręgowego mogą być całkowite i wtedy osoba z niepełnosprawnością nie ma czucia powierzchniowego i głębokiego oraz funkcji dowolnych mięśni na tych poziomach, na których doszło do uszkodzenia rdzenia, a także poniżej niego. Uszkodzenie w odcinku szyjnym prowadzi do tetraplegii (porażenie czterokończynowe), zaś w części piersiowej i poniżej do paraplegii (zespołu symetrycznego porażenia dwukończynowego) (J. Kirenko, 2007, s. 30). Uszkodzenie rdzenia kręgowego skutkuje następującymi trudnościami: niezdolnością do normalnego chodzenia, poruszania się, przebywanie na wózku inwalidzkim, niemożność czucia, porażenie zwieraczy, zaburzenia sprawności seksualnej. Wtórnie mogą pojawić się zaburzenia psychiczne: stany napięcia lękowego, zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia nerwicowe, stany depresyjne i stany psychotyczne (J. Kirenko, 1995, s. 23);

4. choroba zwyrodnieniowa stawów – przewlekłe schorzenie narządu ruchu, które powoduje dolegliwości bólowe spowodowane uszkodzeniem chrząstek stawowych. Progresja choroby przyczynia się do sztywności stawów (M. Nowak, K. Śniegowski, P. Cieśla 2015, s. 34).

Stany chorobowe mogą powodować, że patologiczna utrata sprawności może odbywać się w sposób powolny lub nagły. Do chorób, które przyczyniają się do powolnej utraty sprawności należą: choroba zwyrodnieniowa stawów, gruźlica kości lub stawów, choroby o charakterze reumatoidalnym, pląsawica Huntingtona, stwardnienie zanikowe boczne, stwardnienie rozsiane, dystrofie mięśniowe. Nagła utrata sprawności jest spowodowana: chorobami neurologicznymi (np.: udar mózgu), chorób zakaźnych (np.: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych), urazami układu nerwowego, uszkodzenia samego aparatu ruchu, złamania, amputacje kończyn (K. Śniegowski, M. Nowak, P. Cieśla 2015, s. 54).

Kolejnym czynnikiem, który wpływa na sposób funkcjonowania z niepełnosprawnością ruchową jest okres życia, w którym została nabyta niepełnosprawność. Przyczyny niepełnosprawności ruchowej mogą zaistnieć w okresie płodowym, okołoporodowym, a także w wyniku chorób, które uszkodziły układ ruchowy. W związku z czasem nabycia niepełnosprawności ruchowej wyróżniamy niepełnosprawność wrodzoną i niepełnosprawność nabytą. Osoby z niepełnosprawnością nabytą (nagłą lub stopniową) ze względu na konieczność poradzenia sobie z nową dla nich sytuacją przechodzą proces, który składa się z etapów przystosowania i adaptacji do życia z niepełnosprawnością (J. Kirenko 1995, s. 29; S. Byra, 2012, s. 48; P. Wolski, 2013, s. 28). Proces stawania się osobą z niepełnosprawnością wiąże się z doświadczaniem negatywnych konsekwencji utraty sprawności, które znajdują odzwierciedlenie w sferze psychiki. Na podstawie badań jakościowych wyłoniono strategie, które umownie można nazwać „strategiami (nie)radzenia sobie” z utratą niepełnosprawności: zaprzeczanie (niedopuszczanie myśli o utracie sprawności), obwinianie (poszukiwanie winnych), pogrążanie się w przeszłości (powrót myślami do stanu sprawności), dramatyzowanie (podważanie zasadności własnego życia), emocjonalny szantaż (wzbudzenie w otoczeniu określonych emocji i reakcji), tłumienie (zagłuszanie negatywnych emocji), samooszukiwanie (snucie nierealnych planów). Osoby z niepełnosprawnością ruchową na początku utraty sprawności przeżywają dyskomfort zarówno fizyczny czyli związany z dysfunkcją własnego ciała, jak i psychospołeczny. W wyniku upływu czasu, pracy

nad sobą, pracy wykonanej przez specjalistów, a także otoczenia osoby z niepełnosprawnością jest ona w stanie wrócić do względnej równowagi i stabilizacji życiowej (J. Niedbalski, 2018, s. 54-59).

Analiza procesu przystosowania/adaptacji do niepełnosprawności nabytej pozwoliła na określenie jego etapów:

1. szok i zaprzeczanie – w obliczu pierwszej negatywnej diagnozy zostaje uruchomiony mechanizm obronny polegający na zaprzeczaniu. Mechanizm ten ma charakter rozwojowy, ponieważ pomaga w radzeniu sobie z traumatyczną sytuacją. Cechami charakterystycznymi tego etapu są: szok, zaprzeczanie, stres, żal do świata, obrona „ja idealnego”, nierealny optymizm, racjonalizacja, lęk;
2. gniew – negatywne emocje spowodowane niemożnością powrotu do pełnego zdrowia. Cechy charakterystyczne tego etapu to: rozżalenie, gniew, frustracja, złość na świat, złość na siebie, poczucie bezradności, poczucie porażki, postawa roszczeniowa;
3. targowanie się – na tym etapie pojawia się poczucie przygnębienia związane z poczuciem stałej straty. Niepełnosprawność staje się cechą określającą całą osobowość. Cechy charakterystyczne tego etapu są następujące: obniżenie nastroju, reakcja depresyjna, poczucie nieodwracalności własnego stanu, rezygnacja z działań, wycofanie z relacji społecznych, poczucie braku sensu życia, poczucie bezwartościowości, obniżenie samooceny;
4. akceptacja - następuje stopniowa adaptacja do nowych warunków życia z niepełnosprawnością poprzez znalezienie i wyćwiczenie sposobów na pokonywanie barier. Niepełnosprawność przestaje być pierwszą cechą określającą osobę. Cechy charakterystyczne tego etapu: adaptacja do nowych warunków, dostrzeżenie nowych możliwości, wyznaczenie nowych celów, podejmowanie aktywnych działań, powrót do relacji społecznych, wygaszenie negatywnych emocji, rekonstrukcja poczucia tożsamości, dyspozycyjny optymizm (P. Wolski, 2010, s. 25; S. Byra, 2012, s. 40-52; P. Majewicz, 2012, s. 62-80; I. Poćwierz-Marciniak, M. Bidzan, 2015, s. 68-73).

Przedstawiony model wyjaśnia zjawisko dostosowania się do niepełnosprawności, jednak należy zwrócić uwagę, że zakłada on, iż każda jednostka przechodzi go automatycznie, co może w konsekwencji opóźnić proces właściwej interwencji w postaci oddziaływań rehabilitacyjnych, terapeutycznych i doradczych (S. Byra, 2012, s. 54). Dlatego badacze S. Byra, J. Kirenko (2016, s. 231; S. Byra, 2017a, s. 31) zwracają uwagę, że linearny charakter przystosowania

do niepełnosprawności nie został w pełni potwierdzony. Uznanie powtarzalności reakcji, przeżyć i doświadczeń w długofalowym procesie przystosowania poszerza spojrzenie na niejednoznaczną naturę przystosowania do niepełnosprawności.

Terminem zbliżonym do pojęcia przystosowanie do niepełnosprawności jest pojęcie akceptacji niepełnosprawności. W obrębie wahadłowych teorii przystosowania jest ona rozumiana jako dynamiczna rekonstrukcja struktury „ja", czyli przechodzenia od stanu sprzed nabycia do stanu „ja" z włączoną w jego skład niepełnosprawnością. Cechuje się ona dynamiczną naturą i powstaje w wyniku permanentnych przeobrażeń struktury „ja" (S. Byra, 2017a, s. 31). Natomiast w teoriach interakcyjnych niepełnosprawności akceptacja niepełnosprawności jest rozumiana jako rezultat oddziaływań wielu czynników, zarówno osobowych, jak i środowiskowych. Składa się ona z dwóch wymiarów: poznawczo-emocjonalnego, który wiąże się z włączeniem niepełnosprawności w obraz siebie, a także behawioralnego przejawiającego się w uznaniu zachowanych możliwości organizmu i podejmowaniu zadań wynikających z przystosowania i reintegracji społecznej (S. Byra, 2017a, s. 32).

Na pograniczu modeli akceptacji niepełnosprawności znajduje się teoria straty B. A. Wright (za: S. Byra, 2017a, s. 33). Głównym założeniem tej teorii jest proces zmian w zakresie hierarchii wartości, ponieważ strata w tej teorii jest rozumiana jako pozbawienie jednostki czegoś wartościowego: rozszerzenie wartości, które jednostka uznaje za ważne, ograniczenie skutków niepełnosprawności, uznanie cech fizycznych za wartości drugorzędne, przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (B. A. Wright, 1983, s. 136).

S. Kowalik (2003, s. 73) podkreśla, że pomiędzy osobami, których niepełnosprawność występuje od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa i osobami, których niepełnosprawność pojawiła się w życiu dorosłym są istotne różnice, które wpływają na sposób ich funkcjonowania:

- wczesne doświadczenie niepełnosprawności przyczynia się do ograniczenia potencjału rozwojowego z okresu dzieciństwa i młodości, zaś nabycie niepełnosprawności w kolejnych fazach rozwoju człowieka nie wpływa na wielkość tego potencjału, choć ogranicza możliwości jego wykorzystania w dorosłości;
- wczesne doświadczenie niepełnosprawności powoduje wprowadzenie dodatkowej stymulacji rozwoju (rehabilitacji), która przyczynia się do przezwyciężenia blokad rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego, zaś nabycie niepełnosprawności

w dorosłości powoduje zaburzenia dotychczasowego potencjału wypracowanego przez jednostkę;
- wczesna niepełnosprawność prowadzi do rozpoznania posiadanego potencjału rozwojowego, co w konsekwencji przyczynia się do adekwatnego wybrania ról społecznych w dorosłym życiu, zaś nabycie niepełnosprawności zakłóca wykorzystanie posiadanego potencjału, a nawet wiąże się z koniecznością wycofania z podjętych ról społecznych;
- różnice w ukształtowaniu światopoglądu, który w przypadku osób z niepełnosprawnością jest taki sam jak u osób pełnosprawnych, zaś w przypadku nabycia niepełnosprawności może ukształtować się radykalnie odmiennie (S. Kowalik, 2003, s. 73; B. Szczupał, 2009, s. 222).

Przedstawiona charakterystyka niepełnosprawności ruchowej wyraźnie zaznacza zróżnicowanie w zakresie funkcjonowania fizycznego, a także psychospołecznego osób z tym rodzajem niepełnosprawności. Zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nagłą oraz stopniową utratą sprawności wiążą się ograniczenia natury biologicznej, psychicznej i społecznej kształtujące indywidualne możliwości osoby z niepełnosprawnością. Rozmaitość czynników oddziaływujących na osobę z niepełnosprawnością ruchową ma wpływ na jej zdolność do kształtowania własnej autonomii.

2.3.2. Znaczenie autonomii dla osób z niepełnosprawnością ruchową

Autonomia osób z niepełnosprawnością ruchową uwarunkowana jest ograniczeniami wynikającymi ze stanu zdrowia i sprawności. Tożsamość osób z niepełnosprawnością ruchową wiąże się z doświadczeniem zależności, która z kolei powiązana jest z pomocą w „codziennych czynnościach” takich jak: mycie, ubieranie, gotowanie itp. Potrzeba pomocy powoduje zależność w takich obszarach, w których osoby pełnosprawne funkcjonują niezależnie (C. Ells, 2001, s. 602). Osoby żyjące z niepełnosprawnością narażone są na trudności w uznaniu ich autorytetu w podejmowaniu decyzji, co w konsekwencji wpływa na ograniczenie ich możliwości kierowania ważnymi aspektami własnego życia. Przyczyną takich trudności mogą być bariery komunikacyjne, uprzedzenia, inne zakłócające czynniki np.: depresja, które mogą sugerować brak kompetencji i nieautentyczność osoby z niepełnosprawnością (C. Ells, 2001, s. 605).

Pomimo tych ograniczeń osoby z niepełnosprawnością przeżywają siebie w kategoriach podmiotowości, autonomii i poczucia godności. Dzięki autonomii i niezależności dążą one do zaspokojenia swoich potrzeb, co korzystnie wpływa na ich poczucie godności (B. Szczupał, 2009, s. 172). Szczególnego znaczenia dla osób z niepełnosprawnością ruchową nabiera podział na autonomię decyzyjną i autonomię wykonawczą. Autonomia decyzyjna wyraża się w zdolności do podejmowania decyzji bez zewnętrznego przymusu lub powściągania. Wymaga ona spełnienia dwóch warunków: właściwej kondycji psychicznej, a także możliwości fizycznych. Natomiast autonomia wykonawcza jest definiowana jako zdolność i wolność w działaniu na podstawie autonomii decyzyjnej np.: ubieranie się według własnego życzenia. Fizyczna zależność osób z niepełnosprawnością ruchową może zmniejszyć autonomię wykonawczą bez konieczności zmniejszania autonomii decyzyjnej (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 972). Niepełnosprawność ruchowa powoduje ograniczenia w zakresie zdolności wykonawczych, nie zaś w zakresie zdolności do podejmowania decyzji i zdolności wyboru. Jednak z powodu braku odpowiedniego wsparcia w wymiarze autonomii wykonawczej osoba z niepełnosprawnością ruchową, która posiada autonomię decyzyjną może mieć trudności w jej realizacji. Dlatego wsparcie w wymiarze autonomii wykonawczej pozwala na realizację autonomii decyzyjnej, co oznacza, że realizacja przez osobę z niepełnosprawnością ruchową własnej autonomii wiąże się z doborem form wsparcia, które pozwolą jej na samodzielne decydowanie i kształcenie własnego życia, w jego różnych wymiarach. Takie ujęcie autonomii decyzyjnej i wykonawczej jest zgodne z postrzeganiem siebie przez osoby z niepełnosprawnością ruchową. W badaniach empirycznych nad doświadczeniem niepełnosprawności badani w zdecydowanej większości (ponad 80%) utożsamili się z grupą osób z niepełnosprawnością, ale jednocześnie podkreślali, że zakres ich ograniczeń dotyczy tylko niepełnosprawności ciała (M. Skura, 2016, s. 170).

Natomiast D. Van de Velde i współpracownicy (2008, s. 249-250) szczegółowo określają wymiary autonomii w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością ruchową:

a) niezależności w codziennym funkcjonowaniu;

b) samostanowienia, które wyraża się w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego życia i zdrowia;

c) planowania i organizowania własnych spraw, z uwzględnieniem ról i relacji społecznych,

d) identyfikacji, czyli poczucia komfortu z własną drogą życia.

Należy zwrócić uwagę, że realizacja autonomii osób z niepełnosprawnością ruchową może zostać ograniczona, zarówno z przyczyn wynikających bezpośrednio z ograniczeń fizycznych utrudniających przeprowadzenie podjętych decyzji np.: trudność z transportem, ograniczenia czasowe i konieczność przewidywania działań z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym, ale również z wtórnych konsekwencji niepełnosprawności:

1. braku właściwej kondycji psychicznej pozwalającej na swobodny wybór z różnych opcji,
2. decyzji specjalistów np.: rehabilitantów,
3. mechanizmów psychologicznych powodujących uzależnienie osoby z niepełnosprawnością od osób pełnosprawnych,
4. ograniczeń wynikających z życia osoby z niepełnosprawnością w instytucji, co znacznie ogranicza jej horyzont życia (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 972).

Podobne ograniczenia autonomii osób z niepełnosprawnością ruchową wymienia J. Doroszuk (2011, s. 162) uzupełniając o niewłaściwe postawy opiekunów lub terapeutów, które przejawiają się w lekceważeniu. Wymienione ograniczenia w realizacji autonomii w konsekwencji mogą spowodować utrudnienia w aktywności i uczestnictwie społecznym. Dlatego funkcjonowanie osoby z niepełnosprawnością ruchową wymaga rzetelnej diagnozy uwzględniającej zarówno czynniki medyczne, jak i społeczne (J. Głodkowska, 2014, s. 106).

W celu połączenia paradygmatu medycznego z paradygmatem społecznym WHO (World Health Organization) opracowała ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), w którym funkcjonowanie i niepełnosprawność są wynikiem interakcji pomiędzy warunkami zdrowotnymi (choroby, zaburzenia, urazy), a czynnikami środowiskowymi i osobistymi (S. Sadowska, Z. Janiszewska-Nieścioruk, 2018, s. 101).

W dokumencie znajdują się zarówno kategorie medyczne, do których należą struktury i funkcje ciała ludzkiego, jak również kategorie społeczne, czyli aktywność i uczestniczenie, a także czynniki kontekstowe i środowiskowe. W tej klasyfikacji została przesunięta uwaga w stosunku do poprzednich klasyfikacji (WHO) z upośledzenia na uczestnictwo osób z niepełnosprawnością. Natomiast autonomia jest podstawą uczestnictwa osób z niepełnosprawnością ruchową, ale jej rozumienie nie

może się ograniczyć wyłącznie do niezależności fizycznej (A. Sibley i in., 2006, s. 793). Klasyfikacja ICF określa zasady etyczne posługiwania się tym narzędziem diagnostycznym. Pierwsza zasada ICF brzmi następująco: „poszanowanie wrodzonej wartości i autonomii osób" (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia, 2009, s. 244). A. Sibley i współpracownicy (2006, s. 800) zauważają, że struktura ICF podkreśla, że uczestnictwo i autonomia osób są bardziej zasadnicze dla jakości życia osób z niepełnosprawnością, niż sama niezależność fizyczna. Dodatkowym zastosowaniem modelu ICF jest możliwość zrozumienia i kontrolowania czynników ryzyka depresji, które są w nim definiowane jako upośledzenie funkcji emocjonalnej jednostki, która należy do kategorii funkcji ciała (Y. Lee i in., 2019, s. 251). Funkcja ta jest również istotna dla autonomii osoby z niepełnosprawnością, która wiąże się ze względną niezależnością w działaniu, myśleniu, a także ustosunkowaniu do świata i samego siebie (B. Tylewska-Nowak, 2001, s. 105).

Należy podkreślić, że dobrze przeprowadzona diagnoza osoby z niepełnosprawnością przyczynia się do prawidłowego określenia stopnia i możliwości realizacji przez nią własnej autonomii (J. Głodkowska, 2014, s. 106), zaś w kontekście społecznym klasyfikacja jest używana przy współuczestnictwie osób zainteresowanych w celu poprawy ich wyborów i kontroli nad własnym życiem (Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, 2009, s. 245).

W ICF kategorie są rozumiane w następujący sposób:

- funkcje ciała ludzkiego – jako procesy fizjologiczne, z uwzględnieniem funkcji psychicznych poszczególnych układów ciała;
- struktury ciała ludzkiego – są rozumiane jako części anatomiczne, takie jak narządy, kończyny i ich elementy składowe;
- aktywność jako wykonanie przez osobę zadania lub podjęcie działania. Przedstawia ono indywidualną perspektywę funkcjonowania;
- uczestniczenie – jako angażowanie się osoby w określone sytuacje życiowe. Przedstawia ono społeczną perspektywę funkcjonowania;
- czynniki kontekstowe – czynniki środowiskowe i osobowe, które tworzą kontekst życia jednostki, są one podstawą, względem którego jednostka zostanie sklasyfikowana.
- czynniki środowiskowe – wszystkie aspekty świata zewnętrznego, które tworzą kontekst życia jednostki mające wpływ na funkcjonowanie osoby. Zalicza się do nich: świat fizyczny i jego cechy, świat fizyczny jako wytwór człowieka, innych ludzi

w różnych relacjach i rolach społecznych, postawy i wartości, system społeczny, przepisy prawa (I. Chrzanowska, 2015, s. 23). Klasyfikacja ICF jest podstawą paradygmatu w pracy z osobą z niepełnosprawnością, w którym następuje połączenie oceny obiektywnego obniżenia funkcji organizmu osoby z niepełnosprawnością z procesem podmiotowego przeżywania tego stanu wraz z uwzględnieniem aktualnego stanu jednostki i jej potencjalnych możliwości w odniesieniu do otoczenia, w jakim ona funkcjonuje (R. Jagodziński, 2013, s. 69).

W nawiązaniu do biopsychospołecznego modelu niepełnosprawności charakterystyka niepełnosprawności ruchowej w modelu ICF przedstawia się następująco:

- funkcje i struktury ciała, oznaczają upośledzenie dotyczące poszczególnych układów organizmu, takich jak braki, deformacje, jakościowe zmiany różnych części ciała – porażenia mięśni, zniesienie i zaburzenie czucia, osłabienie wydolności organizmu, ograniczenie ruchomości stawów, utrata kontroli nad procesami wydalniczymi, wady postawy i deformacje ciała, zaburzenie funkcji seksualnych;
- aktywność i uczestniczenie – znaczne ograniczenie funkcjonalne dotyczące poruszania się, dbania o siebie, w życiu domowym, prostych czynnościach życia codziennego, które przejawia się w trudnościach związanych ze zmianą pozycji i przemieszczania ciała, ubierania się, przygotowywania i spożywania posiłków, mycia i pielęgnowania ciała, dbania o czystość otoczenia, prowadzenie gospodarstwa domowego, dokonywanie zakupów. W społecznym wymiarze funkcjonowania ograniczenia przejawiają się w nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z innymi, edukacji, pracy, życiu towarzyskim, rekreacji i wypoczynku;
- czynniki środowiskowe – określające fizyczne i społeczne otoczenia, w którym funkcjonuje jednostka – bariery architektoniczne w miejscu zamieszkania, mała mobilność, trudność korzystania ze środków transportu, mała dostępność urządzeń wspomagających i specjalistycznych technologii, ograniczone możliwości dysponowania wózkiem inwalidzkim dostosowanym do indywidualnych potrzeb, postawy najbliższej rodziny, w tym nadopiekuńczość i przedmiotowe traktowanie, postawy wobec niepełnosprawności z dalszego otoczenia. Przedstawiona dokładna diagnoza osób z niepełnosprawnością ruchową została przeprowadzona przez pracowników Fundacji Aktywnej Rehabilitacji w programach aktywizacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością ruchową (R. Jagodziński,K. Pawlak, 2015, s. 29).

Z przeprowadzonych analiz niepełnosprawności ruchowej w ramach ICF wynika, że autonomię osoby z niepełnosprawnością obok czynników podmiotowych kształtują także czynniki środowiskowe ułatwiając lub utrudniając jej uczestnictwo w życiu społecznym. Procesami, które przyczyniają się do rozwoju autonomii osób z niepełnosprawnością ruchową szczególnie w młodszych okresach życia są wychowanie oraz właściwe postawy rodziców i opiekunów dziecka. W przypadku dzieci z niepełnosprawnością ruchową należy mówić o samodzielności, która charakteryzuje się zdolnością do realizacji aktywności motorycznej i praktycznej, w formie umiejętności lub sprawności radzenia sobie z daną czynnością. Samodzielność wiąże się także z motywacją do podejmowania autonomicznych decyzji oraz celowych działań, które są podmiotowymi i wewnątrzsterownymi rozwiązaniami (W. Dykcik, 2002c, s. 22). By rozwinąć tę umiejętność rodzice i opiekunowie dziecka ze znacznym stopniem niepełnosprawności powinni stwarzać warunki, w których nabędzie ono poczucia sprawstwa (nawet w zakresie drobnych czynności), a także umiejętności sterowania własnym działaniem (K. Ziątek, 2004, s. 12).

Dysfunkcja narządu ruchu stwarza sytuację zagrożenia dla prawidłowego rozwoju dziecka w różnych sferach jego funkcjonowania, ponieważ wpływa ona na prawidłową realizację zadań rozwojowych w pierwszych latach życia. Szczególnie w okresie sensoryczno-motorycznym rozwój intelektualny jest silnie powiązany z aktywnością ruchową. Niepełnosprawność ruchowa rodzi trudności: w nabyciu przez dziecko poczucia sprawstwa i autorstwa zmian w otoczeniu; identyfikacji siebie; rozwoju skomplikowanych czynności umysłowych: tworzeniu wyobrażeń, klasyfikowaniu, uogólnianiu. W okresie przedszkolnym dysfunkcja ruchu utrudnia, a nawet uniemożliwia uczestniczenie w zabawach z rówieśnikami, co powoduje trudności w realizacji potrzeby aktywności, ruchu i kontaktu emocjonalnego. W okresie edukacji szkolnej obok trudności w rozwoju społeczno-emocjonalnym dodatkowy problem może stanowić wydolność fizyczna ucznia. To ona warunkuje potencjalny zasób sił, wydatkowanych bez negatywnego wpływu na stan psychofizyczny dziecka (P. Majewicz, 2010, s. 226). Narząd ruchu zaangażowany jest także w proces komunikacji, szczególnie w pantomimikę, jego uszkodzenie w konsekwencji może zmienić charakter relacji człowieka z otoczeniem (B. Szczupał, 2009, s. 221).

Autonomia ma istotne znaczenie dla funkcjonowania osób z niepełnosprawnością ruchową, szczególnie dla ich społecznego uczestnictwa. To właśnie dzięki autonomii, która jest celem zarówno wychowania, edukacji

i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością ruchową, mogą one realizować swój indywidualny potencjał w życiu społecznym. Jednak ze względu na uwarunkowania wynikające z niepełnosprawności ruchowej w postaci trudności w poruszaniu się realizacja autonomii osoby z niepełnosprawnością wymaga ciągłej uwagi, zarówno po stronie samej osoby z niepełnosprawnością, jak również jej opiekunów, specjalistów, nauczycieli i wychowawców. W zasadzie już od momentu urodzenia dziecka z niepełnosprawnością ruchową rozwój jego autonomii jest utrudniony, ponieważ ważnym aspektem niepełnosprawności dziecka od urodzenia jest reakcja rodziców na nietypową sytuację życiową. Doświadczana przez dziecko niepełnosprawność może zakłócić stadia przyjmowania funkcji rodzicielskich. Rodzice w wyniku przeżywania przewlekłego stresu narażeni są na wyczerpanie fizyczne/psychiczne spowodowane przeciążeniem i długotrwałą opieką. Opieka nad dzieckiem może powodować poczucie osamotnienia, izolacji, a także bezsensowności podejmowanych wysiłków (B. Sidor-Piekarska, 2013, s. 91). Kolejną trudnością w zaspokojeniu potrzeb dzieci z dysfunkcją narządu ruchu są długotrwałe pobyty w ośrodkach leczniczych, które wiążą się z oddzieleniem od rodziny, a tym samym powodują trudności w zaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa, ale również przyczyniają się do przeżywania silnych, negatywnych emocji takich jak frustracja. Dodatkowo dzieci te narażone są na ból związany z zabiegami rehabilitacyjnymi i operacyjnymi (B. Szczupał, 2009, s. 223).

W badaniach nad 68 rodzinami z dziećmi w wieku od 8 do 9 lat z rozszczepem kręgosłupa w zakresie autonomii behawioralnej, wyniki wskazywały na jej mniejszy zakres z powodu nadopiekuńczości rodziców. Szczególnie matki prezentują bardziej nadopiekuńczą postawę wobec swoich dzieci. Rodzice są narażeni na przeżywanie konfliktów wewnętrznych spowodowanych z jednej strony chęcią wspierania niezależności dziecka, zaś z drugiej ochrony go ze względu na medyczne problemy związane z rozszczepem kręgosłupa. Dodatkowo dzieci z mniejszymi zdolnościami poznawczymi mogą być mniej odpowiedzialne za zarządzanie swoją niepełnosprawnością i codziennymi czynnościami (G. N. Holmback, 2002, s. 108).

M. Wiliński (2007, s. 146) wskazuje na metody rozwijania samodzielności dziecka z niepełnosprawnością ruchową o: stawianie adekwatnych wymagań, pozwolenie dziecku na ryzyko, wspólne podejmowanie decyzji, które są ważne dla dziecka, wprowadzanie w reguły życia grupowego. Przedstawione wskazówki wychowawcze mają na celu rozwijanie w dziecku autonomii psychicznej, zaś w zakresie wzrostu jego autonomii poruszania się ten sam autor dodaje: zadbanie

o właściwy komfort dziecka, właściwy komfort wyposażenia ortopedycznego, zachęcanie dziecka do aktywności ruchowej i samodzielnego poruszania się (M. Wiliński, 2007, s. 145).

Kształtowanie postawy samodzielności, sprawstwa i autonomii dziecka z niepełnosprawnością ruchową jest ważne, ponieważ w konsekwencji przyczynia się do wspierania jego rozwoju w różnych sferach funkcjonowania. Na konieczność zaplanowanego i świadomego kształtowania samodzielności dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wskazują również W. Dykcik (2002, s. 23), B. Szychowiak (2003, s. 214), K. Ziątek (2004, s. 12), M. Wiliński (2007, s. 146; 2009, s. 194), a także A. Brzezińska i współpracownicy (2009, s. 11).

Kolejnym ważnym etapem w kształtowaniu autonomii jest okres dojrzewania, który u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową wiąże się z deprywacją wynikającą z niemożności zaspokojenia potrzeb, od potrzeb fizjologicznych do potrzeby samorealizacji. Na poziomie fizjologicznym deprywacja wynika z ograniczeń ruchowych, zaś na poziomie społecznym z izolacji społecznej, osamotnienia, odrzucenia przez rodzinę, braku silnych związków uczuciowych, co przyczynia się do trudności w zaspokojeniu zarówno potrzeb psychicznych, jak i społecznych (P. Majewicz, 2010, s. 229).

Z badań przeprowadzonych nad młodzieżą z niepełnosprawnością ruchową wynika, że ich aktywność jest znacznie ograniczana przez opiekunów (I. Obuchowska, 1990, 1994; U. Bartnikowska, A. Żyta, 2007; E. Racine i in., 2013), zaś w okresie nastoletnim rozwijanie autonomii wiąże się ze zwiększeniem samodzielności i odpowiedzialności nastolatków. Jednak w sytuacji niepełnosprawności realizacja tego wymogu jest utrudniona. Klasyczne badania nad autonomią młodzieży z niepełnosprawnością ruchową zostały przeprowadzone w latach dziewięćdziesiątych. U podstaw badań leży założenie teoretyczne, które podkreśla, że rozwój autonomii wśród nastolatków z niepełnosprawnością przebiega w odmienny sposób niż u pełnosprawnych rówieśników. Przyczyną takiego stanu rzeczy mogą być oddziaływania wychowawcze rodziców opóźniające rozwój społeczny, a także koncepcja własnej osoby, która może wiązać się z poczuciem różnicy lub mniejszej wartości (I. Obuchowska, 1990, s. 57). Młodzież z niepełnosprawnością ruchową w sytuacjach konfliktowych reagowała wycofaniem się, a dominującym stylem zachowania rodziców wobec nastolatków był przymus (I. Obuchowska, 1990, s. 67). W komentarzu do przeprowadzonych badań I. Obuchowska (1994, s. 114) wskazuje,

że społeczna zależność osób z niepełnosprawnością powoduje, że młodzież mniej wyrażała własną potrzebę autonomii. Nadopiekuńczość rodziców wobec młodzieży powoduje jej infantylizację, a także przedkładanie niepełnosprawności nad wiek adolescenta.

Prawidłowy rozwój autonomii osób z niepełnosprawnością jest utrudniony ze względu na zwiększoną zależność tych osób w okresie dzieciństwa i dojrzewania. Ograniczenia wynikające z uszkodzenia narządu ruchu, które przyczyniają się do zwiększania wysiłku w zakresie czynności samoobsługowych i poruszania się nie tylko u dziecka, ale również jego rodziny łączą się dodatkowo z uwarunkowaniami psychologicznymi związanymi z procesem radzenia sobie z niepełnosprawnością. Badania prowadzone w kolejnych latach również wskazują na nadopiekuńczą postawę rodziców, która jest spowodowana niedocenianiem możliwości dziecka, co wiąże się z ograniczeniem jego funkcjonowania i rozwoju. Wnioski te zostały wyciągnięte przez młodych dorosłych z niepełnosprawnością, którzy analizowali własne doświadczenia życiowe (U. Bartnikowska, A. Żyta, 2007, s. 44). Na podobne nadopiekuńcze postawy rodziców wskazują nastolatki z mózgowym porażeniem dziecięcym w ramach badań jakościowych, w których podkreślają, że rodzice nie pozwalają im na samodzielne wyjście czy poruszanie się z powodu niepełnosprawności (E. Racine i in., 2013, s. 876).

W przypadku nastolatków z mózgowym porażeniem dziecięcym w związku z opieką medyczną i wizytami lekarskimi pojawia się pytanie o relacje ze specjalistami. Postawy lekarzy, które mogą w znaczący sposób ograniczyć autonomię nastolatków z niepełnosprawnością są następujące: protekcjonalność, w której pacjent jest błędnie postrzegany jako osoba z mniejszymi możliwościami poznawczymi, rozmowa z rodzicami i z opiekunami, bezosobowe podejście do nastolatka, w którym nie ma miejsca na uważne słuchanie pacjenta. Wnioski z tych badań podkreślają, że osoba z niepełnosprawnością w kontakcie ze specjalistą może wzmacniać autonomię poprzez pozytywne ćwiczenie wzmocnienia pozycji, zaufania lub przeciwnie stawiania granic w relacjach. Tym bardziej, że jest to również okres przygotowania do udziału w podejmowaniu decyzji medycznych w dorosłym życiu (E. Racine i in., 2013, s. 877). Wyniki tych badań wskazują, że doświadczane ograniczenia fizyczne wpływają na obniżenie zaangażowania w autonomiczne podejmowanie decyzji, w tym również decyzje medyczne. Istnieje bowiem powiązanie pomiędzy autonomią decyzyjną i fizyczną niezależnością (E. Racine i in., 2013, s. 877). Dlatego badacze wskazują,

że na etapie szkoły średniej ważne jest wzmacnianie u nastolatków z niepełnosprawnością samostanowienia (K. A. Shogren i in., 2016, s. 14).

Kolejnym etapem życia, w którym realizowana jest autonomia osób z niepełnosprawnością jest okres wczesnej dorosłości. A. Krawczyk-Bocian (2016, s. 63) w oparciu o badania biograficzno-narracyjne przedstawia obraz życia młodych dorosłych z niepełnosprawnością. Potrzeby które pojawiają się w narracjach osób z niepełnosprawnością ruchową są następujące: samodzielność nie tylko na obecnym etapie życia, ale również w przyszłości, zbudowanie własnej tożsamości osobistej i społecznej, konieczność podejmowania decyzji, przekształcenie sytuacji krytycznej w możliwość wydobycia twórczego potencjału. Taka postawa wobec własnej niepełnosprawności wymaga autonomii, a także zaakceptowania własnego życia z niepełnosprawnością (A. Krawczyk-Bocian, 2016, s. 30). Młode osoby z niepełnosprawnością, które są lepiej samookreślone, czyli znają siebie i swoje cele, są bardziej zdeterminowane, osiągają lepsze zatrudnienie, niezależne warunki życia i zgłaszają wyższą jakość życia, czyli mają większe szanse na sukces w życiu (M. L. Wehmeyer, 2014, s. 183).

Na inny aspekt samostanowienia i niezależności w kontekście niepełnosprawności kobiet zwraca uwagę S. Lonsdale (1990, s. 170). Kobiety z niepełnosprawnością ruchową zachęcane są często do mniej asertywnych zachowań, a także koncentrowania własnej uwagi na wyglądzie zewnętrznym, od niego uzależniając własne zdrowie i dobrostan. Natomiast wzmocnienie niezależności wiąże się ze zmianą organizacji pracy, większą niezależnością finansową, pomocą w opiece nad dziećmi, a także dostępem do usług zapewniających właściwy poziom wsparcia. Podobne propozycje przedstawiają badane kobiety zagrożone wykluczeniem społecznym w badaniach jakościowych. Choć należy zaznaczyć, że katalog propozycji zwiększających uczestnictwo kobiet z niepełnosprawnością w życiu społecznym jest znacznie szerszy i odnosi się do rożnych środowisk np.; rodzinnego, sąsiedzkiego, edukacyjnego, ale również mediów (A. Nowak, 2012, s. 360).

Na znaczenie autonomii w życiu osoby z niepełnoprawnością wskazuje również autobiograficzny artykuł, w którym osoba z niepełnosprawnością ruchową podkreśla znaczenie autonomii rozumianej jako niezależność, samodzielność i samostanowienie. Drogą do osiągniecia tych wartości według autorki jest stawianie celów, pokonywanie barier, a także uczenie się na własnych błędach (M. Wawrzyniak, 2006, s. 200). Zwracając uwagę na znaczenie autonomii dla życia w sytuacji nabytej

niepełnosprawności, badacze V. den Ven i współpracownicy (2008, s. 251) w badaniach jakościowych wśród pięciu mężczyzn i trzech kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową, wyłonili na podstawie osobistego doświadczenia badanych strategie wspierające autonomię:

1. pozyskiwanie informacji o niezależnym funkcjonowaniu od innych osób, które doświadczały takiego samego rodzaju niepełnosprawności,
2. otrzymywanie od osób w podobnej sytuacji wsparcia, a także stymulacji do podejmowania kolejnych wysiłków,
3. zbieranie informacji dotyczących aspektów prawnych niepełnosprawności, a także urządzeń wspomagających,
4. stawianie i osiąganie celów osobistych,
5. bycie asertywnym wobec innych osób, w wyrażaniu własnych opinii i celów osobistych,
6. uczestniczenie w życiu społecznym poprzez utrzymywanie relacji z rodziną, przyjaciółmi i kolegami, a także podejmowanie ról społecznych,
7. pokonywanie barier poprzez traktowanie ich jak wyzwanie dające nowe możliwości,
8. planowanie i organizowanie,
9. proszenie i akceptowanie pomocy od innych,
10. umiejętność postępowania w sytuacji negatywnych reakcji na niepełnosprawność poprzez wykorzystanie pozytywnych strategii takich jak: poczucie humoru, cierpliwość, wyjaśnianie,
11. umiejętność identyfikacji z niepełnosprawnością w sposób, który pomaga osobie w codziennym funkcjonowaniu,
12. akceptacja życia takiego jakie jest,
13. skupienie na pozytywnej stronie życia (D. Van de Velde i in., 2008, s. 251).

Przedstawione strategie wzmacniają autonomię osób z niepełnosprawnością ruchową, a także wskazują na jej znaczenie i wartość w życiu badanych. W oparciu o osobiste doświadczenia zostały wyciągnięte wnioski, które wyznaczają cele poszczególnych etapów procesu rehabilitacji. Na jej pierwszym etapie wskazana jest koncentracja na wypracowaniu niezależności osoby z niepełnosprawnością ruchową, drugi etap ma obejmować kwestie związane z uczestnictwem osoby z niepełnosprawnością, zaś na ostatnim znaczenia nabierają osobiste preferencje osoby z niepełnosprawnością, które mogą zostać ukierunkowane poprzez coaching

wspomagający proces planowania i osiągania osobistych celów (D. Van de Velde i in. 2008, s. 258).

Natomiast J. Doroszuk (2011, s. 167) zwraca uwagę na znaczenie dialogu w osiąganiu autonomii, a także uczestniczeniu w życiu społecznym, ponieważ przyczynia się on do nabycia przez osoby z niepełnosprawnością kompetencji, związanej z umiejętnością komunikowania o własnych potrzebach, a także stawiania granic w różnych relacjach. Ponadto dzięki umiejętności komunikowania o własnych potrzebach osoby z niepełnosprawnością ruchową mogą lepiej funkcjonować w codziennym życiu: w budowaniu równorzędnych relacji z osobami pełnosprawnymi; umiejętnym korzystaniu z programów pomocowych np.: z Państwowego Funduszu Rehabilitacyjnego; wpływaniu na samorząd lokalny w celu znoszenia barier architektonicznych w miejscu zamieszkania. Dzięki odpowiednim kompetencjom komunikacyjnym zapewniającym autonomiczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością, mogą one również kształtować własne życie, a także aktywnie wpływać na otoczenie społeczne. Badania przeprowadzone wśród osób z niepełnosprawnością ruchową wskazują na pozytywny związek pomiędzy wyższą oceną autonomii i uczestnictwa a satysfakcją z życia badanych. Możliwość działania w oparciu o własne przekonania, szczególnie w relacjach interpersonalnych wiąże się z wyższym zadowoleniem z życia osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową (S. Byra, M. Duda, 2019a, s. 24).

Z przeprowadzonych analiz w zakresie autonomii osób z niepełnosprawnością ruchową w paradygmacie biopsychospołecznym wynika, że kształtowanie autonomii jest istotne na różnych etapach życia. Jako potrzeba kształtuje się ona szczególnie w okresie adolescencji. Niestety może być zagrożona poprzez zwiększoną zależność, nadopiekuńcze postawy otoczenia, a także nadmierne uzależnienie od instytucji pomocowych. Kolejnym procesem dla rozwoju autonomii osoby z niepełnosprawnością, szczególnie nabytą w wyniku traumatycznych wydarzeń ma rehabilitacja. Niestety, ze względu na cele oddziaływań rehabilitacyjnych, a także sam proces usprawniania osoby z niepełnosprawnością może nastąpić ograniczenie jej autonomii. Należy również podkreślić, że autonomia osób z niepełnosprawnością nie może być powiązana tylko z samodzielnością i niezależnością, ponieważ w ten sposób osoby z niepełnosprawnością dostosowują się do wymagań życia społecznego przewidzianych dla osób pełnosprawnych. Autonomia osób z niepełnosprawnością ruchową przyczynia się do zwiększenia ich uczestnictwa w życiu społecznym, a tym

samym możliwości realizacji ich potencjału w zakresie życia osobistego, zawodowego i społecznego (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 973).

Autonomia osób z niepełnosprawnością nie jest problemem nowym w pedagogice specjalnej, ale ze względu na zmiany paradygmatów w pedagogice specjalnej staje się ważną kategorią badawczą, jak również diagnostyczną. Wiąże się ona także z postępem społecznym wynikającym z rozwoju metod wsparcia tej grupy osób, w tym szczególnie procesów edukacji, wychowania i rehabilitacji. Autonomia jest pojęciem, które ma długą tradycję w rozwoju poszczególnych dyscyplin naukowych, ponieważ jest ona związana z problemem wolności człowieka (M. Kupisiewicz, 2013, s. 36). W pedagogice specjalnej autonomia jest pojęciem szerszym od samodzielności, ponieważ zakłada ona samodzielność w oparciu o indywidualność i podmiotowość osoby z niepełnosprawnością.

Literatura przedmiotu dowodzi, że z jednej strony autonomia jest celem rehabilitacji i edukacji osób z niepełnosprawnością, a z drugiej jest ona ciągle narażona na ograniczenia wynikające z mechanizmów, których podłożem jest głównie zależność tych osób od swoich opiekunów (m.in. M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 972 Korzon, 2005, s. 14; K. A. Shogren i in., 2019, s. 80). Obecny rozwój życia społecznego, w którym społeczeństwo zaczyna postrzegać osoby z niepełnosprawnością w kategoriach kapitału społecznego (T. Masłyk, 2019, s. 277) przyczynia się do stawiania pytań o uwarunkowania autonomii osób z niepełnosprawnością, jak również zasobów, które mogą wspierać jej rozwój. Na szczególne znaczenie zasobów wskazuje pojęcie autonomii relacyjnej, która koncentruje się na zasobach, nie zaś brakach osoby z niepełnosprawnością. Zdolność jednostki do autonomicznego działania zależy od zasobów pozostających w jej dyspozycji (E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018, s. 20).

Niewątpliwie czynnikiem podmiotowym wzmacniającym autonomię studentów z niepełnosprawnością jest studiowanie, ponieważ przygotowuje do odpowiedzialnego uczestnictwa w życiu społecznym. Wyższe wykształcenie osób z niepełnosprawnością skutecznie zapobiega wykluczeniu społecznemu zwiększając szanse na znalezienie zatrudnienia. Udział w rynku pracy wpływa na materialny poziom życia, a tym samym na większe możliwości uczestniczenia w różnych wymiarach życia społecznego, również tych związanych ze spędzaniem czasu wolnego (C. Barnes, G. Mercer, 2008, s. 79).

Jednak sam proces studiowania jest również wymagający, ponieważ na wymagania związane z samym procesem studiowania, w przypadku studentów z niepełnosprawnością ruchową nakładają się dodatkowo nierówności w ich edukacji przejawiające się również w kształceniu na wyższym etapie, w postaci braku uznania i szacunku dla tej grupy studentów (K. Lynch, 2012, s. 43). Brak szacunku może wynikać z sytuacji niepełnosprawności, a zwłaszcza niepełnosprawności ruchowej, która wiąże się z ograniczoną samodzielnością, kształtującą się od względnie pełnej samodzielności, poprzez ograniczoną aż do minimalnej (M. Winiarski, 2017, s. 15). Dlatego tak istotne jest poznanie uwarunkowań autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową, a szczególnie zasobów radzenia sobie.

Rozdział III
Wybrane zasoby radzenia sobie

Model biopsychospołeczny jest połączeniem modelu indywidualnego kładącego nacisk na czynniki podmiotowe, a także modelu społecznego koncentrującego się na ograniczeniach wynikających z otoczenia społecznego. Rozwój tego modelu niepełnosprawności przyczynił się do szerszego spojrzenia na osobę z niepełnosprawnością. Obok czynników biologicznych związanych z uszkodzeniem ciała, a także środowiskowych zaczęto dostrzegać uwarunkowania psychologiczne, które mogą wzmacniać lub obniżać zdolność jednostki do radzenia sobie z niepełnosprawnością (A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wilmanowska-Pietruszyńska, 2015, s. 13). Zdolność jednostki do radzenia sobie ze stresem wynikającym zarówno z niepełnosprawności, jak i podejmowanych przez nią obowiązków jest uwarunkowany przeżywaniem przez nią pozytywnych emocji, które pomagają w budowaniu psychologicznych i społecznych zasobów (E. Z. Shing, E. Jayawickreme, Ch. E. Waugh 2016, s. 1288). Natomiast zasoby radzenia sobie są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w roli studenta przez osoby z niepełnosprawnością, ponieważ środowisko akademickie jest z jednej strony miejscem, w którym mogą się rozwijać intelektualnie, osobowościowo i społecznie, zaś z drugiej są ciągle narażeni na stresory płynące z wymagań akademickich, oczekiwań społecznych związanych z okresem wczesnej dorosłości, a także różnego rodzaju barier wynikających z niedostosowania środowiska akademickiego do potrzeb studentów z niepełnosprawnością. W literaturze przedmiotu powstało pojęcie „odporności akademickiej" (E. E. Morales, F. K. Trotman, 2011, s. 1), która odnosi się do procesu uczenia się i wyników studentów, którzy pomimo statystycznego zagrożenia trudnościami w osiągnięciu sukcesu akademickiego są go w stanie osiągnąć. Natomiast dla studentów z niepełnosprawnością ruchową edukacja pełni dodatkową funkcję związaną z wyrównywaniem szans życiowych, której podstawę stanowi wszechstronny rozwój, ze szczególnym uwzględniem autonomii. Dlatego tak ważne jest pytanie o czynniki, które mogą kształtować autonomię studentów z niepełnosprawnością ruchową (B. Szczupał, 2010, s. 33).

3.1. Charakterystyka zasobów radzenia sobie

Pojęcie radzenia sobie zostało użyte w nauce po raz pierwszy w latach 40-tych XX wieku przez A. Maslowa i współpracowników (za: I. Heszen, 2015, s. 62). Powrót do tego pojęcia w latach 60-tych XX wieku wiązał się z koncentracją na uwarunkowaniach podmiotowych mających wpływ na funkcjonowanie jednostki w środowisku, a także na jej sposobie reakcji w trudnych sytuacjach. Dodatkowo nastąpiły również zmiany w paradygmacie badań nad zdrowiem i chorobą. Przedzmianą paradygmatu w badaniach nad zdrowiem człowieka dominowało podejście patogenetyczne, które koncentrowało się na badaniach patomechanizmu, czyli wiązało się z poszukiwaniem czynników ryzyka, zarówno genetycznych, środowiskowych, behawioralnych, jak i podmiotowych. W badaniach skupiano się przede wszystkim na deficytach i defektach, które przyczyniają się do zwiększonej podatności na stres, a w konsekwencji załamania zdrowia (I. Heszen, H. Sęk, 2007, s. 174). Model salutogentyczny został zaprezentowany przez A. Antonovsky'ego (2005, s. 28), zaś jego głównym założeniem jest, że człowiek nieustannie jest narażony na bodźce (stresory), do których powinien się dostroić, by zachować zdrowie. Podobnie przedstawiał się początkowy nurt w badaniach nad stresem, w których był on ujmowany jako bodziec, następnie jako reakcja wewnętrzna człowieka, a w kolejnym nurcie jest badany jako relacja pomiędzy czynnikami zewnętrznymi a właściwościami człowieka (I. Heszen-Niejodek, 2000, s. 466).

W ostatnim nurcie badań nad stresem kluczowa jest teoria fenomenologiczno-poznawcza R. Lazarusa (za: I. Heszen-Niejodek, 2000, s. 470), która zakłada, że stres pojawia się w momencie oceny relacji pomiędzy osobą a jej otoczeniem, jako obciążającej, przekraczającej jej zasoby i zagrażającej dobrostanowi. Takie ujęcie zdrowia, a także stresu zaznacza się w podejściu badawczym nad radzeniem sobie i zasobami, które warunkują ten proces. W wyniku badań nad mechanizmami zachowań człowieka w sytuacjach trudnych, a nawet traumatycznych, naukowcy dostrzegli znaczenie podmiotowych uwarunkowań radzenia sobie. Zachowanie człowieka wobec zmian w otoczeniu może przybierać formę: adaptacji, mechanizmów obronnych lub radzenia sobie. Pojęcia te znaczeniowo zachodzą na siebie, ponieważ pochodzą one z różnych orientacji teoretycznych i dziedzin badań. Adaptacja wywodzi się z behawioryzmu i badań nad zwierzętami, mechanizmy obronne to jedno z głównych

pojęć psychoanalizy, zaś pojęcie radzenia sobie wywodzi się z orientacji kognitywnej i społeczno-kulturowej (M. Kiedrowska, 2016, s. 97).

Wraz z rozwojem badań nad stresem psychologicznym, a także wraz z salutogenetycznymi koncepcjami zdrowia i choroby w badaniach naukowych pojawiała się problematyka zasobów człowieka. Teorie zasobów rozwijane były w kontekście założeń dotyczących funkcjonowania człowieka (I. Heszen-Niejodek, 2000, s. 471), a także wzbogacania perspektywy badawczej nad relacją człowieka ze środowiskiem o czynniki podmiotowe. Pojęcie radzenia sobie nabiera w tym ujęciu większego znaczenia niż obiektywne znaczenie stresora. Według definicji R. Lazarusa i S. Folkman (1984, za: I. Heszen-Niejodek, 2000, s. 476) radzenie sobie ze stresem „jest to stale zmieniający się poznawczy i behawioralny wysiłek, mający na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby". Pojęcie radzenia sobie we współczesnej psychologii ma trzy zakresy znaczeniowe, dlatego jest używane jako proces, strategia i styl. Radzenie jako proces oznacza całą aktywność podejmowaną przez jednostkę w określonej sytuacji stresowej. Jest on złożony i dynamiczny, a także przebiegający w określonym przedziale czasowym (J. F. Terelak, 2008, s. 302; I. Heszen, 2015, s. 61). Radzenie sobie w rozumieniu stylu oznacza indywidualne tendencje jednostki do radzenia sobie w określony sposób. Literatura przedmiotu przedstawia, że styl radzenia sobie jest względnie stałą cechą osobowości rozumianą jako dyspozycja zaradcza. Według R. S. Lazarusa i S. Folkaman (za: J. F. Terelak, 2008, s. 307; I. Heszen, 2015, s. 61) można wyróżnić trzy style radzenia sobie: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach i styl skoncentrowany na unikaniu.

Natomiast radzenie sobie jako strategia obejmuje akty działania o charakterze poznawczym i behawioralnym, których funkcją jest zmiana sytuacji mogąca nastąpić w wyniku zmiany własnego działania lub zmiany w otoczeniu, a także regulacji emocji (samouspokojenia) (J. F. Terelak, 2008, s. 303; I. Heszen, 2015, s. 61). Strategie radzenia sobie zostały sklasyfikowane za względu na modalność radzenia sobie („poznawcze i behawioralne wysiłki"), a także kryterium funkcjonalne czyli ukierunkowanie strategii na rozwiązanie problemu lub regulację emocji (I. Heszen-Niejodek, 2015, s. 70).

Radzenie sobie w konfrontacji z sytuacją stresową może przyjąć formę zdrowego radzenia sobie, czyli strategii skoncentrowanych na zadaniu, pozytywnego

przewartościowania, a także nadawania pozytywnego znaczenia codziennym wydarzeniom. Istnieje również proaktywne radzenie sobie, które wiąże się z podejmowaniem wyzwań, w wyniku stawiania sobie autonomicznych i wartościowych celów. Konsekwencją proaktywnego radzenia sobie jest poprawa jakości życia (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 240).

Natomiast niekonstruktywne sposoby radzenia sobie z sytuacją stresującą przynoszą więcej strat niż korzyści. Według klasyfikacji przeprowadzonej przez R. Moos i współpracowników (za: I. Heszen, 2015, s. 68), takie sytuacje mają miejsce, gdy forma radzenia sobie jest nieadekwatna do stresującej sytuacji oraz stosowane są sposoby przynoszące natychmiastową poprawę samopoczucia, takie jak: środki odurzające, środki uspokajające (J. Czapiński, 1992, s. 190).

E. Frankowska i K. Bargiel-Matusiewicz (2015, s. 94) dokonują na podstawie literatury przedmiotu podziału na adaptacyjne sposoby zaradcze: aktywne radzenie sobie poznawcze i behawioralne, poszukiwanie informacji, pozytywna poznawcza reinterpretacja i planowanie. Adaptacyjne strategie zaradcze wiążą się z podwyższonym dobrostanem, podwyższeniem pozytywnego i obniżeniem negatywnego afektu, lepszą kontrolą bólu i poczuciem własnej skuteczności. Nieadaptacyjne strategie zaradcze to: unikanie, zaprzeczanie, zaprzestanie działań zaradczych, pasywne radzenie sobie i katastrofizowanie, obwinianie siebie, „wentylowanie negatywnych emocji", myślenie życzeniowe. Konsekwencją stosowania tych strategii zaradczych jest obniżenie pozytywnego afektu, wyższy negatywny afekt, depresja i lęki.

Na znaczenie radzenie sobie w niepełnosprawności wskazuje B. A. Wright (1983, s. 59), która je definiuje jako umiejętność pokonywania trudności związanych z niepełnosprawnością. Podejmowanie wysiłku radzenia sobie z trudnościami prowadzi do zaprojektowania zmian dostosowawczych w życiu osoby z niepełnosprawnością oraz do uczenia się i rozwiązań, które pomagają przezwyciężyć trudności. Natomiast lekceważenie trudności osoby z niepełnosprawnością może prowadzić do nierealistycznych zachowań lub poczucia, że jej sytuacja niepełnosprawności nie jest traktowana poważnie. Realistyczna ocena trudności pozwala na uniknięcie poczucia porażki i zniechęcenia.

Badania nad stresem psychologicznym u osób przewlekle chorujących z niepełnosprawnością po 45 roku życia wykazały, że są one narażone na zwiększony poziom stresu psychologicznego i poczucie piętna społecznego ze względu na doświadczenie codziennej dyskryminacji. Dodatkowo w badaniu zostały uchwycone

uwarunkowania socjoekonomiczne, które przyczyniają się do zwiększonego odczuwania takich symptomów jak: depresja, depresyjny nastrój, zmęczenie, nerwowość, poczucie beznadziejności, smutek, brak motywacji, niepokój i poczucie bezwartościowości. Na przeżywanie tych trudnych stanów psychicznych narażone są bardziej kobiety samotne niż zamężne, a także osoby, które pozostawały bez pracy. Posiadanie własnych dochodów wiąże się z możliwościami finansowymi do wpływania na środowisko domowe, a także dostępu do usług wyrównujących szanse osoby z niepełnosprawnością (J. E. Byles i in., 2014, s. 530).

Czynnikami, które warunkują i pośredniczą w radzeniu sobie przez człowieka ze stresującymi wydarzeniami życiowymi poprzez ułatwienie, opanowanie, znoszenie i przeciwdziałanie negatywnym konsekwencjom psychologicznym i zdrowotnym, są zasoby radzenia sobie (R. Poprawa, 2001, s. 106). W literaturze przedmiotu można odnaleźć różne teorie zasobów, które mają na celu wyjaśnienie, jakie są czynniki pośredniczące w radzeniu sobie przez człowieka w stresujących sytuacjach życiowych (J. B. Rotter 1954; A. Bandura 1997; S. Kobasa 1979; J. H. Block, J. Block 1980; P. Salovey, J. D. Mayer 1990; A. Antonovsky 1996; S. Hobfoll 2006). Zasoby radzenia sobie znajdują się w szerszej kategorii zasobów indywidualnych definiowanych jako przekonania dotyczące samego siebie i otaczającego świata (J. Cz. Czabała, 2015, s. 18). Zasoby te są również istotnym elementem zachowania zdrowia psychicznego w sytuacjach trudnych, obok umiejętności utrzymania dobrego samopoczucia oraz nawiązywania i podtrzymywania relacji (J. Cz. Czabała, 2015, s. 18). W psychologii pozytywnej zasoby radzenia sobie nierzadko nazywane są cnotami. Cnoty są trwałymi cechami jednostki i odrębnymi mechanizmami psychicznymi, które stanowią przesłanki do wysokiej jakości życia. Zaliczane są do nich obok przebaczenia, wdzięczności, duchowości, miłości, inteligencji emocjonalnej, poczucia sensu, pokory, także nadzieja, poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności i poczucie kontroli (E. Trzebińska, 2008, s. 74). M. Łaguna (2015, s. 13) wskazuje na znaczenie zasobów osobistych w efektywnej realizacji celów, zarówno jednostkowych, jak i grupowych.

W psychologii zdrowia pełnią one rolę potencjałów zdrowia, zaś w psychologii stresu zasoby traktowane są jako cechy odpornościowe regulujące stosunek osoby do świata, a tym samym kształtują odporność osoby. Powoduje to, że osoby odporne na stres nie reagują na stresory nadmiernym pobudzeniem emocjonalnym i negatywnymi emocjami. Osoby odporne w sytuacji stresowej są w stanie zachować

właściwą organizację poznawczą i wykonać zadanie także w wymagających warunkach (M. Binczycka-Anholcer, P. Lepiesza, 2011, s. 456).

Zasoby radzenia, podobnie jak inne zasoby pozwalają na:

- unikanie stresorów;
- usprawnienie procesu radzenia sobie z wymogami, zapobiegając przekształceniu się napięcia w chroniczny stres i procesy patologiczne;
- bezpośredni wpływ na zdrowie, w ocenie subiektywnej i pozytywnej (I. Heszen, I. Sęk, 2007, s. 162).

Dlatego tak istotną rolę odgrywają również w doświadczeniach traumatycznych. Przyczyniają się one nie tylko do ograniczenia negatywnych konsekwencji doświadczeń, ale również sprzyjają pojawieniu się zmian wzrostowych, do których zaliczane są wyższe poczucie dobrostanu psychicznego, zwłaszcza w obszarze emocjonalnym, a nawet lepsze wskaźniki zdrowia fizycznego (N. Ogińska-Bulik, 2013, s. 77). Zasoby radzenia sobie ułatwiają przystosowanie jednostki do krytycznych wydarzeń życiowych, a także zwiększają skuteczność działania jednostki w sytuacjach stresujących. Ogólnie można więc stwierdzić, że zwiększają one zdolności adaptacyjne jednostki do nowych sytuacji, w tym szczególnie okazują się istotne w obliczu choroby np.: onkologicznej, ponieważ przyczyniają się bezpośrednio do utrzymania życia (M. A. Basińska i in., 2017, s. 101).

Obok pojęcia zasobów radzenia sobie funkcjonuje jeszcze pojęcie do niego zbliżone jak zasoby odpornościowe, które są istotnym czynnikiem zachowania zdrowia, ponieważ przyczyniają się do unikania stresorów, usprawniają proces radzenia sobie, umożliwiając opanowanie napięcia, bez przekształcania go w stan stresu (H. Sęk, 2007, s. 46; J. Kirenko, S. Byra, 2011, s. 75). Zasoby odpornościowe należy odróżnić od poczucia koherencji, pojęcia opracowanego przez A. Antonovsky'ego (2005, s. 47), jako poczucie pewności człowieka, że napływające do niego bodźce wewnętrzne i zewnętrzne są ustrukturalizowane, przewidywalne i wytłumaczalne, zaś on sam ma dostęp do środków pomagających sprostać wymaganiom, które są warte wysiłku i zaangażowania.

W literaturze przedmiotu poczucie koherencji, podobnie jak sprężystość psychiczna i psychiczne umocnienie są nazwane zasobami kluczowymi. Zasoby te pełnią funkcję zarządczą (organizacyjną) wobec innych zasobów jednostki. W konfrontacji z wymogami otoczenia następuje wybór, aktualizowanie, zestrajanie i zestawianie właściwych zasobów (H. Sęk, 2012, s. 71). Osoby odznaczające się

sprężystością psychiczną zdobywają tę właściwość w trudnych sytuacjach życiowych i mogą ją stale rozwijać. Potrafią dostosować swoje schematy poznawcze do skutecznego funkcjonowania zarówno w sytuacjach skrajnie stresujących, jak również refleksyjnego funkcjonowania w codziennych sytuacjach (H. Sęk, 2012, s. 71).

Zasobem kluczowym jest również psychologiczne umocnienie, które składa się z trzech komponentów:

- intrapersonalnego – w nim znajdują się zaangażowanie, ciekawość, poczucie własnej skuteczności, poczucie kontroli, opanowanie i poleganie na sobie, twórcze nastawienie do życia, odpowiedzialność osobista i samoakceptacja;
- interakcyjnego – wyrażający się w myśleniu (krytyczna i twórcza interpretacja kontekstu) i oddziaływaniu na otoczenie społeczne poprzez wykorzystanie kompetencji społecznych;
- behawioralnego – związany z zaradnością, czyli aktami radzenia sobie, a także zdolności w adaptacji do zmian (H. Sęk, 2012, s. 72).

Poza wymienionymi teoriami zasobów, w literaturze przedmiotu znajduje się również teoria S. Hobfolla rozwijająca pojęcie stresu w kontekście utraty zasobów. Stres w jego ujęciu jest definiowany jako „reakcja wobec otoczenia, w którym istnieje (a) zagrożenie utratą zasobów, (b) utrata zasobów netto, (c) brak wzrostu zasobów następujących po zainwestowaniu" (S. Hobfoll, 2006, s. 70). Zasoby w teorii S. Hobfolla (2006, s. 74) są definiowane jako rzeczy, które są cenione przez ludzi, a należą do nich: przedmioty, warunki, cechy osobowości i pokłady energii, które albo same w sobie są cenione jako potrzebne do przetrwania (bezpośrednio albo pośrednio) lub służą do zdobycia owych zasobów umożliwiających przetrwanie.

Podział zasobów według S. Hobfolla (2006, s. 148) przedstawia się następująco:

- zasoby materialne – są to obiekty fizyczne, które mają bezpośredni związek z przetrwaniem (dom), lub są związane ze statusem społecznym lub samooceną (biżuteria, cenne sprzęty domowe);
- zasoby osobiste – są to umiejętności oraz cechy osobowości. Do umiejętności osobistych zalicza – kompetencje zawodowe, umiejętności społeczne i zdolności przywódcze. Natomiast do cech osobistych włącza: samoocenę, optymizm, własną skuteczność i nadzieję;
- zasoby stanu – do tego rodzaju zasobów należy dostęp do innych zasobów lub ich zdobycie. Zasoby te obejmują zdrowie, zatrudnienie, stałą posadę, małżeństwo.

Charakterystyczną cechą tych zasobów jest to, że ich zdobywanie następuje powoli, zaś można je stracić błyskawicznie.
- zasoby energii – to te, za które można zdobyć zasoby należące do pozostałych trzech kategorii, należą do nich pieniądze, wiarygodność kredytowa oraz wiedza.

Przedstawiona koncepcja jest przede wszystkim przydatna empirycznie, ponieważ wyeksponowała znaczenie zasobów dla radzenia sobie w sytuacjach stresujących. Otóż osoby, którym brakuje zasobów są bardziej skłonne rezygnować z radzenia sobie ukierunkowanego na cel i szukać emocjonalnego pocieszenia bądź rozpamiętywać negatywne emocje. Natomiast osoby dysponujące odpowiednimi zasobami aktywnie opracowują strategie, w celu zaoszczędzania zasobów i aktywnego poszukiwania rozwiązań w sytuacji stresowej. Dlatego teoria stresu S. Hobfolla została nazwana teorią zachowania zasobów (I. Heszen-Niejodek, 2000, s. 471). W porównaniu z innymi teoriami zasobów koncentrujących się wyłącznie na zasobach podmiotowych jednostki przytoczona klasyfikacja podkreśla znaczenie zasobów materialnych w procesie radzenia sobie. Inni badacze (np. I. Heszen, H. Sęk, 2007, s. 172) również wskazują na połączenie dostępu do różnych zasobów ze statusem materialnym jednostki. J. Czapiński (1992, s. 45) wskazuje na złożoność relacji pomiędzy zasobami radzenia sobie (pozytywne nastawienie, pewność siebie, przebojowość, wysoka samoocena, wigor), a statusem społecznym jednostki. Wzajemne relacje tych czynników mogą przyczyniać się zarówno do wzmacniania pozycji społecznej jednostki, jak i zwiększania jej dobrostanu.

W polskiej literaturze przedmiotu z inspiracji teorią S. Hobfolla obecny jest również podział na:
- zasoby wewnętrzne, do których należą te cechy osobowości, które są pozytywne dla procesów samoregulacji i rozwoju (samoocena, poczucie godności, tożsamość, poczucie własnej skuteczności, przekonanie o kontroli, poczucie sprawstwa i wolności, kompetencji i zaradności oraz poczucie sensu), ale również zasoby złożone, które odgrywają kluczową rolę w adaptacji do zmian (twardość, poczucie koherencji, sprężystość psychiczna, wewnętrzne umocnienie);
- zasoby zewnętrzne, których wykorzystanie wymaga dodatkowych zabiegów w postaci ich mobilizowania lub aktualizowania, a należą do nich cechy środowiska fizycznego, biologicznego, materialnego, informacyjnego, społecznego i kulturowego (H. Sęk, 2012, s. 68).

Przedstawiony podział na zasoby zewnętrzne i wewnętrzne jest szczególnie ważny dla osób z niepełnosprawnością, ponieważ wskazuje on, że dla prawidłowego funkcjonowania potrzebne są zarówno zasoby o charakterze podmiotowym, ale także zasoby zewnętrzne, do których osoby z niepełnosprawnością mogą mieć utrudniony dostęp ze względu na doświadczane bariery. Przytoczone klasyfikacje zasobów wskazują na złożoność teoretyczną i badawczą pojęcia zasobów radzenia sobie, a także ich znaczenie dla dobrostanu jednostki, która jest ciągle narażona na konfrontację z różnymi bodźcami płynącymi ze środowiska.

Należy podkreślić, że zasoby powstają w toku rozwoju ontogenetycznego i procesu socjalizacji. Są kształtowane poprzez społeczne warunki życia i rozwoju, a także w ramach systemów wsparcia jednostki: społecznego, kulturowego i transpersonalnego (H. Sęk, 2007, s. 46). Prawidłowo przebiegający proces rozwoju jednostki wpływa na kształtowanie zasobów radzenia sobie, które odgrywają znaczącą rolę w życiu człowieka.

W procesie wychowania niezbędne jest oddziaływanie zarówno zasobów indywidualnych, jak i społecznych. Mają one wpływ na prawidłowy rozwój człowieka, przyczyniając się do skutecznej realizacji zadań rozwojowych. Stanowią „osnowę" człowieka, ułatwiając radzenie sobie w sytuacjach niekorzystnych dla jego rozwoju (A. Fidelus, 2009, s. 92; E. Sokołowska, 2015, s. 63). Mają one również szczególne znaczenie w budowaniu dobrego życia powiązanego z optymalnym funkcjonowaniem w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej, wraz z podejmowaniem rozwoju w kierunku posiadanych dyspozycji i warunków (E. Trzebińska, 2008, s. 40). Zasoby radzenia sobie kształtują się w okresie dzieciństwa i młodości, a ich rolą jest przede wszystkim chronienie rozwoju jednostki. Obok korzystnego środowiska niezbędne są również działania, których celem jest wzmacnianie zasobów dziecka, ponieważ one wspierają jego odporność na trudne doświadczenia (A. Fidelus, 2009, s. 93). W literaturze przedmiotu można odnaleźć następujące zasoby chroniące rozwój jednostki: płeć, bycie pierwszym dzieckiem, optymistyczne usposobienie, wysokie poczucie własnej wartości, ponadprzeciętna inteligencja, społeczna atrakcyjność, aktywne pokonywanie stresu. Obok zasobów indywidualnych mających wpływ na prawidłowy przebieg rozwoju człowieka istnieje grupa zasobów społecznych tkwiących w rodzinie: pozytywny stosunek emocjonalny do członków rodziny, pozytywny klimat wychowawczy, jedność, wzór pozytywnego zachowania, a także

w środowisku: wsparcie społeczne, przyjaźnie, nauczyciele jako wzór, pozytywne doświadczenia szkolne (A. Fidelus, 2009, s. 93).

Zasoby radzenia regulują stosunek do świata, samego siebie, a także mają znaczenie w kreowaniu własnego zdrowia (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 134). W psychologii zdrowia pełnią one rolę potencjałów zdrowia, zaś w psychologii stresu zasoby traktowane są jako cechy odpornościowe. Osoby odporne na stres nie reagują na stresory nadmiernym pobudzeniem emocjonalnym i negatywnymi emocjami, w sytuacji stresowej są w stanie zachować właściwą organizację poznawczą i wykonać zadanie pomimo wymagających warunków (M. Binczycka-Anholcer, P. Lepiesza, 2011, s. 456).

Zasoby radzenia sobie mają szczególnie ważne znaczenie w radzeniu sobie z niepełnosprawnością, ponieważ pełnią rolę ochronną przed regresem rozwojowym (P. Majewicz, 2012, s. 46) oraz stają się przeciwwagą dla choroby (P. Chlebowski, M. Bilewicz, 2016, s. 18). Zaś w przypadku niepełnosprawności nabytej, mogą one warunkować nabycie sprawności adaptacyjnej. Na jej ukształtowanie mają wpływ: poczucie wewnętrznej kontroli, poczucie sprawstwa, refleksyjność, poczucie istnienia ładu społecznego, rozbudowane życie duchowe i zdolność do planowania własnych działań w krótkiej perspektywie czasowej (S. Kowalik, 2018, s. 126). Stanowią one również kapitał psychologiczny jednostki, który w znaczącym stopniu przyczynia się do podtrzymywania autonomii jednostki rozumianej, jako samodzielność i samostanowienie (E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018, s. 20).

Natomiast S. Byra (2012, s. 112) zwraca uwagę, że w sytuacji chronicznej choroby lub nabycia niepełnosprawności, a tym samym wywołanych przez nią skutków w fizjologicznym i psychospołecznym funkcjonowaniu jednostki, percepcja stresującego wydarzenia ma większy wpływ na przebieg podejmowanej przez nią aktywności zaradczej, niż sam fakt choroby lub niepełnosprawności. Istotnym czynnikiem tej percepcji jest ocena możliwości radzenia sobie z tą sytuacją, na którą mają wpływ zasoby radzenia sobie: poczucie własnej skuteczności i nadzieja. Zaś R. Guest i współpracownicy (2015, s. 319) podkreślają, że zasoby radzenia sobie (tj. wysoka samoocena, poczucie własnej skuteczności, oraz wysoka inteligencja) wpływają na elastyczność psychiczną osób z niepełnosprawnością, która w istotny sposób kształtuje umiejętność skorzystania z pomocy psychologicznej. W badaniach przeprowadzonych przez B. Dobrzańską-Socha (2004, s. 57) osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchową, które stosowały jako mechanizm zaradczy mechanizmy

obronne, częściej doświadczały apatii, bezradności i łatwiej godziły się na zwiększoną zależność od innych osób. Zasoby radzenia sobie modyfikują sposób radzenia sobie z niepełnosprawnością, ale również wpływają na mechanizm przystosowania się do choroby i niepełnosprawności nabytej. Styl radzenia sobie oparty na rozwiązywaniu problemów wpływa na lepsze przystosowanie osób chorych na stwardnienie rozsiane (J. Dymecka, 2015, s. 169).

Wnioski z badań wśród osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów wysuwają E. Frankowska i K. Bargiel-Matusiewicz (2015, s. 108), które wskazują, że radzenie sobie poprzez dystrakcję współwystępuje wyłącznie z działaniami instrumentalnymi. Dystrakcje odwracają uwagę od choroby, a także przyczyniają się do pobudzenia i podtrzymywania pozytywnych emocji. Zaś pozytywne emocje przyczyniają się do odpoczynku, odbudowania zasobów i tym samym podtrzymywania zachowań zaradczych.

Na szczególną rolę zasobów w zakresie radzenia sobie przez osoby z niepełnosprawnością w sytuacjach trudnych wskazują badania przeprowadzone przez H. Ochonczenko (2011b, s. 177), wśród badanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby z niepełnosprawnością ruchową (23% z 418 osób z niepełnosprawnością zamieszkujących w województwie lubuskim). Badani cechujący się optymizmem i wysokim poczuciem samoskuteczności w sytuacjach trudnych częściej stosują strategię radzenia sobie ukierunkowaną na problem, gdy zaś ta strategia nie sprawdza się sięgają po strategie skoncentrowane na emocjach (akceptacja i humor). Badania przeprowadzone wśród osób z mózgowym porażeniem dziecięcym wskazują na stosowanie przez nie różnych stylów radzenia sobie ze stresem, ponieważ wybór stylu radzenia sobie zależy od indywidualnych cech jednostki, poziomu wsparcia społecznego i znaczenia choroby przewlekłej dla osoby z niepełnosprawnością motoryczną (D. Kurpiel, 2011, s. 114).

Z badań nad osobami z niepełnosprawnością wrodzoną wynika, że mają one wysoki poziom pesymizmu, który jest związany z wtórną niepełnosprawnością i wytworzeniem fałszywego „ja". Zaś osoby z tetraplegią odznaczają się wysokim nasileniem symptomów depresyjnych takich jak: samooskarżanie, izolacja, hipochondria (D. Kurpiel, 2011, s. 116).

Badania jakościowe przeprowadzone wśród 26 osób z niepełnosprawnością ruchową i/lub chorobą przewlekłą wykazały na podstawie przeprowadzonych wywiadów pięć kategorii, które wzmacniają efektywność procesu radzenia sobie

z niepełnosprawnością: pewność siebie, podejmowanie działań, których celem jest redukowanie problemu, zmianę wartości, zaufanie społeczne, a także minimalizacja, czyli proces poznawczy skierowany na zmniejszenie świadomych uczuć związanych z zagrożeniem (L-O. Persson, A. Rydén, 2006, s. 357).

Z przeprowadzonych analiz zasobów radzenia sobie wyraźnie rysuje się ich znaczenie zarówno dla rozwoju człowieka, jakości życia, jak i radzenia sobie ze stresem, doświadczeniem traumy, a także niepełnosprawnością. Ich rola jest również istotna w pracy z osobami z niepełnosprawnością na płaszczyźnie wspomagania rozwoju osobistego opartego na zasobach, ponieważ ułatwiają one zachowanie dobrostanu, zwiększają samoświadomość, a także przyczyniają się do wykorzystania potencjału osobistego oraz autonomii (P. Chlebowski, M. Bilewicz, 2016, s. 24). Świadomość zasobów radzenia sobie odgrywa również ważną rolę w procesie przygotowania pacjentów do zabiegów operacyjnych kręgosłupa. Według badaczy interwencja psychologiczna powinna być oparta właśnie na ocenie strategii radzenia sobie pacjenta i wskaźników jakości życia. W ten sposób może ona uzupełnić zabiegi chirurgiczne, a także inne oddziaływanie lecznicze (S. Schiavolin i in., 2014, s. 5).

Radzenie sobie i zasoby radzenia sobie pełnią istotną rolę w edukacji osób z niepełnosprawnością, ponieważ są one w jej trakcie narażone na różnego rodzaju bariery (M. Parchomiuk, 2010, s. 21; S. M. Smedema, 2015, s. 342; P. Chlebowski, M. Bilewicz, 2016, s. 18; I. Cytlak, J. Jarmużek, 2017, s. 449; S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 1), a także są one podstawą społecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością opartego na zasadzie autonomii i samostanowienia (J. Skibska, 2015, s. 90; E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2017, s. 20). Należy również dodać, że zasoby radzenia sobie pełnią istotną rolę w rehabilitacji psychologicznej osób z niepełnosprawnością, szczególnie w zakresie wzmacniania klienta w dokonywanych przez niego zmianach. Promocja zdrowia wyraża się w podejmowaniu działań mających na celu rozwój cech sprzyjających kształtowaniu i zachowaniu zdrowia (K. Biel-Ziółek, 2016, s. 73; P. Majewicz, M. Kościółek, E. Dyduch, 2017, s. 16).

Zasoby radzenia sobie są istotnym elementem modelu salutogentycznego, który zakłada znaczenie czynników podmiotowych w zakresie zdrowia, radzenia sobie ze stresem, proaktywnego realizowania zadań wynikających z etapu rozwojowego jednostki, a także pozytywnie wpływając na jej możliwości radzenia sobie z przyszłymi wyzwaniami (I. Heszen, 2015, s. 82). Kształtują się w toku rozwoju ontogenetycznego

jednostki, a ich znaczenie jest coraz bardziej dostrzegane w edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Przedstawiona charakterystyka zasobów radzenia sobie nie wyczerpuje problematyki w zakresie wpływu poszczególnych zasobów na funkcjonowanie człowieka. W kolejnej części pracy zostanie przedstawiona charakterystyka zasobów radzenia sobie, które są powiązane z autonomią osób z niepełnosprawnością ruchową.

3.2. Przegląd wybranych zasobów radzenia sobie

Spośród zasobów radzenia sobie do analizy w kontekście autonomii studentów z niepełnosprawnością, zostały wybrane te, które w świetle literatury przedmiotu mogą mieć szczególne znaczenie dla funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością ruchową, w tym postrzegania przez nich własnej autonomii (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002; D. Van de Velde i in., 2008; M. Papasotiriou, J. Windle, 2012; M. M. Perkins i in., 2012, A. de Cesarei, 2015; P. Chlebowski, M. Bilewicz, 2016; E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018; P. Majewicz, 2019).

Analiza wybranych zasobów radzenia sobie zostanie uporządkowana według podziału zasobów podtrzymujących autonomię osób z niepełnosprawnością: zasoby wewnętrze związane z kapitałem psychologicznym jednostki, czyli pozwalające sobie radzić w sytuacjach trudnych (samoocena, poczucie własnej skuteczności, nadzieja podstawowa) zasoby zewnętrzne związane z kapitałem społecznym czyli więzi społeczne i interpersonalne (wsparcie społeczne) (por. H. Sęk, 2012, s. 68; M. Papasotiriou, J. Windle, 2012, s. 937; E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018, s. 19; D. Podgórska-Jachnik, 2018, s. 69). Jako pierwsza poddana analizie zostanie samoocena, która jest związana z relacją człowieka do samego siebie, następnie poczucie samoskuteczności, które reguluje stosunek jednostki do podejmowanych zadań, zaś nadzieja podstawowa wyjaśnia przekonania człowieka na temat funkcjonowania świata oraz ich wpływ na jego aktywność. Ostatnim zasobem jest wsparcie społeczne, które wyjaśnia funkcjonowanie jednostki w sieciach społecznych.

3.2.1. Samoocena

Zasobem człowieka, który pomaga w odpowiedzi na pytanie „jaką stanowię wartość jako osoba?” jest samoocena. Odnosi się ona do oceniającego wymiaru „ja”. Natomiast wymiar opisowy „ja” (czyli kim jestem?) odnosi się do pojęć takich jak: „obraz ja”, „obraz własnej osoby”, „ja realne”, a także samowiedzy. Wymiar opisowy osoby wiąże się również z poczuciem tożsamości, która jest uznawana za podstawowy czynnik wpływający na zdrowie psychiczne jednostki (M. Sokołowska, 2007, s. 434). Obok poczucia tożsamości świadomość własnej wartości jest elementem podmiotowości, co w konsekwencji prowadzi do podniesienia jakości życia człowieka w kategoriach pozaekonomicznych (W. Walat, 2006, s. 21). Samoocena jest składnikiem dobrostanu psychicznego człowieka (J. Czapiński, 2005, s. 365).

W literaturze przedmiotu samoocena jest definiowana jako afektywna reakcja na samego siebie (B. Wojciszke, 2003, s. 147), jako cecha, która jest trwałą skłonnością do wartościowania samego siebie w pozytywny lub negatywny sposób (B. Wojciszke, 2011, s. 176), jako uogólniona ocena własnego „ja”, która może silnie wpływać na myśli, nastroje i zachowania (R. J. Gerrig, P. G. Zimbardo, 2006, s. 450), a także jako duma (R. F. Franken, 2005, s. 477). Samoocena wiąże się ściśle z poczuciem własnej wartości, które jest definiowane jako subiektywne przeżywanie siebie jako wartości, a także jako przekonanie o pozytywności i ważności własnego „ja” (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 145).

Samoocena składa się z trzech podstawowych wymiarów:

- właściwości fizycznych – wygląd zewnętrzny, stan zdrowia, ogólna sprawność psychomotoryczna;
- właściwości psychiczne – w sferze intelektualnej, emocjonalnej i wolicyjnej;
- właściwości społeczne – kształtowane i wyrażane w relacjach międzyludzkich (B. Galas, 1994 za: D. Krzewniak, 2018, s. 58).

Samoocena reguluje zachowanie jednostki, ponieważ wpływa na doświadczane przez nią emocje, przyjmowany styl wyjaśniania, a także preferowane strategie działania. Osoby z wysoką samooceną doświadczają więcej emocji pozytywnych (B. Wojciszke, 2003, s. 148), zaś osoby z niską samooceną narażone są na przeżywanie takich emocji jak lęk, niepokój, wstyd, poczucie winy (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 146). Osoby z wysoką samooceną koncentrują się na pozytywnych informacjach zwrotnych, ignorują informacje negatywne, a także przeszacowują liczbę

osób, z którymi mają podobne poglądy, oraz mają pozytywne przekonanie o unikalności własnych zdolności. Natomiast osoby o niskim poczuciu własnej wartości niżej oceniają siebie, są mniej optymistyczne (B. Wojciszke, 2003, s. 148).

W zachowaniu osoby z wysoką samooceną mają większą gotowość do podejmowania ryzykownych działań, ponieważ ich celem jest umocnienie siebie, zaś osoby o niskiej samoocenie przejawiają większą ostrożność, gdyż ich celem jest ochrona siebie (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 146). Chronienie siebie przejawia się w obniżeniu wysiłku wkładanego w wykonanie zadania, co w efekcie prowadzi do osiągania przez osoby niższych wyników (B. Wojciszke, 2010, s. 148).

Osoby z niską samooceną podejmują działania utrwalające taki stan, ponieważ dążą do zaspokojenia następujących potrzeb: przewidywalności, samoweryfikacji (służącej podtrzymaniu własnego wizerunku) oraz potrzeby unikania wstydu (R. E. Franken, 2005, s. 480). Samoocena może odznaczać się jasnością, która wyraża się w pewności przekonań na własny temat, a tym samym podatności na sądy i zachowania innych osób. Osoby z niską samooceną są niepewne, zmienne oraz wewnętrznie niespójne i dlatego odznaczają się nadmierną plastycznością w stosunku do osób z wysoką samooceną (B. Wojciszke, 2003, s. 148). Kolejną cechą samooceny obok jasności jest jej stabilność. Wysokie, ale niestabilne poczucie własnej wartości wiąże się z przeżywaniem gniewu oraz wrogości i jest ono jedną z form kruchego poczucia własnej wartości (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 147).

Ponadto samoocena może być zawyżona, co wiąże się z podejmowaniem zadań przekraczających możliwości człowieka, a tym samym przyczynia się do przeżywania niepowodzeń. Natomiast samoocena zaniżona prowadzi w konsekwencji do podejmowania zbyt łatwych zadań, poniżej własnych kompetencji (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 146). Ważną cechą samooceny jest więc jej adekwatność. Wysokie i adekwatne poczucie własnej wartości sprzyja podejmowaniu skutecznych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, może być ono także predyktorem wzrostu potraumatycznego (N. Ogińska-Bulik, 2013, s. 68). Wysoka samoocena chroni również przed negatywnym postrzeganiem własnego ciała (M. Gendek, 2013, s. 102).

W literaturze przedmiotu istnieje także pojęcie optymalnej samooceny, która jest rozumiana jako autentyczna i stabilna, a także niezależna od czynników zewnętrznych.

Osoba z optymalną samooceną jest świadoma własnych atutów i ograniczeń, nie wypacza informacji na własny temat w celach samoobronnych, podejmuje ona

aktywności w zgodzie z własnym ja, a także jest autentyczna w bliskich relacjach interpersonalnych (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 26).

Rozpatrując zagadnienie samooceny należy zwrócić uwagę także na jej podział na ocenę jawną, a także samoocenę utajoną, która może być rozumiana jako automatyczna i nieświadoma ocena własnej osoby, która wpływa na spontaniczne reakcje jednostki związane z nią samą. Jest ona predyktorem zachowań spontanicznych i emocjonalnych, zaś samoocena jawna jest uważana za predyktor działań, które są wynikiem racjonalnej analizy.

W świetle rozważań nad cechami samooceny rodzi się pytanie o czynniki ją kształtujące. Proces kształtowania samooceny zależy od wielu czynników, zarówno o charakterze biologicznym, społecznym, jak i kulturowym:

- dziedziczenia genetycznego (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 50);
- demograficznych takich jak: płeć (J. F. Terelak, 2008, s. 397), wiek (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 52);
- procesu wychowawczego, w tym rozwijania samodzielności dziecka (R. E. Franken, 2005, s. 478, M. Sokołowska, 2007, s. 437), doświadczenia miłości bezwarunkowej (C. Rogers, za: R. E. Franken, 2005, s. 486), postaw rodzicielskich (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 48);
- stosowania właściwych metod edukacyjnych (X. Wei, C. Marder, 2012, s. 255);
- relacji z innymi ludźmi (M. Sokołowska, 2007, s. 436), w tym szczególnie aprobaty ze strony otoczenia społecznego (M. Szpitalak. R. Polczyk, 2015, s. 48);
- rozbieżności pomiędzy „ja realnym" a „ja idealnym" (M. Sokołowska, 2007, s. 435),
- doświadczenia sukcesu (R. J. Gerrig, P.G. Zimbardo, 2006, s. 451),
- statusu społeczno-ekonomicznego (J. Czapiński, 1992, s. 45),
- czynników kulturowych (R. J. Gerrig, P. G. Zimbardo, 2006, s. 451).

Wymienione czynniki mają również wpływ na kształtowanie samooceny u osób z niepełnosprawnością. Dodatkowymi zmiennymi wpływającymi na samoocenę tej grupy osób są: stopień uszkodzenia ciała (M. Gendek, 2013, s. 102), rodzaj niepełnosprawności (D. Wyrzykowska, J. Kirenko, 1999, s. 208), postawy osób znaczących, niewłaściwie przebiegający proces wychowawczy, negatywne zachowania grupy rówieśniczej przejawiające się w izolowaniu, odrzucaniu i dyskryminacji osób z niepełnosprawnością (D. Krzewniak, 2018, s. 61), stopień zaakceptowania niepełnosprawności i ograniczeń z niej wynikających (P. Borowiecki, 2015, s. 114), poziom niezależności osób z niepełnosprawnością (B. A. Wright, 1983, s. 65), miejsce

zamieszkania osoby z niepełnosprawnością (D. Wiszejko-Wierzbicka, 2010, s. 44), podejmowanie dodatkowej aktywności (C. J. Gaskin, M. B. Andersen, T. Morris, 2009, s. 292; L. Kulik, 2018, s. 183; S. Qasim, Y. Telfah, Y. Haddad 2018, s. 6).

W konsekwencji doświadczanych trudności kształtowanie wysokiej samooceny wśród osób z niepełnosprawnością jest utrudnione. Badania przeprowadzone przez F. Wojciechowskiego (2007, s. 281) wśród osób z niepełnosprawnością w okresie dojrzewania wskazują, że zabiegi rewaloryzacyjne ze strony osób znaczących: rodziców, nauczycieli, rówieśników powodowały stabilizację w zakresie potrzeb wynikających z poczucia tożsamości i własnej wartości. Samoocena ma zatem istotne znaczenie dla funkcjonowania osób z niepełnosprawnością, ponieważ zwiększa ich zdolności adaptacyjne do sytuacji niepełnosprawności, a także podnosi zdolność radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Wysoka samoocena prowadzi do następujących korzyści dla młodzieży z niepełnosprawnością:

- przyczynia się do osiągania rożnego rodzaju celów,
- pełni rolę bufora chroniącego przed lękiem, w tym także lękiem przed śmiercią,
- jest wskaźnikiem akceptacji przez jej otoczenie społeczne (B. Wojciszke, 2003, s. 162).

W świetle badań przeprowadzonych w zakresie samooceny dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością ruchową jej wysokość zależy również od doświadczanych dolegliwości bólowych. Prowadzą one do obniżenia samooceny, dlatego wskazane jest jego świadome kontrolowanie w ramach pomocy profesjonalnej (L. Jemtå i in., 2008, s. 570).

J. F. Terelak (2008, s. 396) dodaje, że wysoka samoocena w sytuacji stresowej pomaga trafnie ocenić własne możliwości zaradcze, a także umożliwia wybór zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem. Samoocena jest pozytywnie skorelowana z innymi zasobami radzenia sobie. Badania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazały, że samoocena i poczucie własnej skuteczności wzmacniają uczestnictwo tej grupy osób w życiu społecznym (S. Geyh i in., 2015, s. 706).

Badania nad samooceną dorosłych osób z niepełnosprawnością ruchową wskazują, że globalna ocena tych osób nie odbiega od normy przewidzianej dla osób pełnosprawnych (D. Wiszejko-Wierzbicka, 2010, s. 49; Z. Kroplewski, J. Mikuć, M. Szcześniak 2018, s. 55), a nawet w badaniach porównawczych osoby z niepełnosprawnością (osoby z niepełnosprawnością ruchową stanowiły 53%, w grupie

30 badanych), w stosunku do osób pełnosprawnych osiągnęły wyższy poziom samoceny. Jednak z zastrzeżeniem, że samoocena może być mniej pewna i stabilna, niż u osób pełnosprawnych (P. Borowiecki, 2015, s. 122). Wyższa samoocena osób z niepełnosprawnością ruchową przekłada się na wzrost w zakresie celu, sensu i afirmacji życia, oceny swojego życia, wolności i odpowiedzialności oraz ogólnego poczucia sensu życia (Z. Kroplewski, J. Mikuć, M. Szcześniak 2018, s. 52).

Natomiast zmienną, która istotnie wpływa na poziom samooceny badanych osób z niepełnosprawnością ruchową jest miejsce zamieszkania. Osoby z niepełnosprawnością ruchową zamieszkujące duże miasta mają wyższą samoocenę, niż osoby mieszkające w mniejszych miejscowościach lub ośrodkach wiejskich (P. Majewicz, 2012, s. 239). Podobną zależność w badaniach uchwyciła D. Wiszejko-Wierzbicka (2010, s. 44), która w badaniach nad osobami z niepełnosprawnością (wśród badanych największą grupę stanowiły osoby z niepełnosprawnością ruchową), wykazała, że osobom zamieszkującym duże ośrodki miejskie łatwiej jest zaakceptować własną niepełnosprawność, niż osobom ze średnich i małych miast oraz obszarów wiejskich (D. Wiszejko-Wierzbicka, 2010, s. 44).

Kolejną zmienną mającą wpływ na samoocenę osób w zakresie akceptacji własnej niepełnosprawności jest aktywność. Osoby aktywne charakteryzują się wyższą samooceną niż osoby nieaktywne (D. Wiszejko-Wierzbicka, 2010, s. 44; Z. Kroplewski, J. Mikuć, M. Szcześniak 2018, s. 55). Podobny wniosek z badań jakościowych przeprowadzonych na 25 letniej kobiecie z mózgowym porażeniem dziecięcym, poruszającej się na wózku inwalidzkim wyciąga C. J. Gaskin, M. B. Andersen, T. Morris (2009, s. 292). Badana w bezpośredniej relacji podkreślała, że uprawiając żeglarstwo mogła doświadczyć wolności i niezależności. Właśnie z tej sportowej aktywności czerpała ona poczucie wyższej samooceny, którego nie doświadczała w innych życiowych aktywnościach. Podobnie w badaniach ilościowych przeprowadzonych wśród graczy koszykówki na wózkach inwalidzkich biorących udział w Mistrzostwach Zachodniej Azji aktywność sportowa przyczyniała się do wzrostu globalnej samooceny, a także samooceny fizycznej (S. Qasim, Y. Telfah, Y. Haddad, 2018, s. 6).

Obok aktywności sportowej inną aktywnością podwyższającą samoocenę osób z niepełnosprawnością jest działalność wolontarystyczna. Badania porównawcze pomiędzy osobami z niepełnosprawnością ruchową podejmującymi aktywność

społeczną, a osobami niepodejmującymi takiej działalności wykazały znaczenie tego rodzaju aktywności dla podniesienia ich samooceny (L. Kulik, 2018, s. 183).

Zmiennymi, na które dodatkowo wskazują badacze jest okres rozpoznania niepełnosprawności. Osoby, których niepełnosprawność pojawiła się w okresie dorosłości odznaczały się wyższą samooceną ogólną, niż osoby ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością przy urodzeniu i w wieku przedszkolnym/szkolnym (P. Majewicz, 2012, s. 240). Jednak do innych wniosków na podstawie badań osób z tetraplegią nabytą dochodzi D. Kurpiel (2011, s. 118), która podkreśla, że całkowita utrata sprawności w sposób nieodwracalny ma wpływ na samoocenę. W badaniach porównawczych tej grupy osób z badanymi z mózgowym porażeniem dziecięcym uzyskane rezultaty wskazują na wysoki poziom wyników w zakresie skłonności do zachowań depresyjnych. Odnotowano wysoki poziom symptomów depresyjnych, które oscylowały w obrębie samooceny i obrazu „ja".

Badania nad osobami ze stwardnieniem rozsianym wykazały, że istnieje korelacja pomiędzy syndromem zmęczenia u pacjentów a niskim poczuciem własnej wartości. Dlatego w badaniach nad tą grupą osób obok jakości życia, depresji, niepokoju, czynności poznawczych i niepełnosprawności ważne jest również diagnozowanie samooceny (Y. D. Fragaso, E. O. da Silva, A. Finkelsztejn, 2009, s. 820). Samoocena jest zasobem istotnym także dla badanych z rozszczepem kręgosłupa. W tej grupie badanych uchwycono, że samoocena wraz z samowspółczuciem wzmacnia pozytywną adaptację do sytuacji niepełnosprawności. Współczucie samemu sobie przyczynia się do redukowania nadmiernego samokrytycyzmu i symptomów depresyjnych, zaś samoocena wzmacnia proaktywne radzenie sobie z wymaganiami płynącymi ze stanu zdrowia i niepełnosprawności (M. Hayter, D. Dorstyn, 2014, s. 170).

Samoocena jako zasób radzenia sobie przyczynia się do tworzenia bogatego wachlarza innych zasobów, a także pozwala na autoafirmację i zachowanie integralności własnej osoby (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 45). Pełni ona rolę regulacyjną w relacji jednostki do samej siebie, a także pozwala jej na efektywne zmaganie się z trudnościami oraz przyczynia się do podejmowania aktywności w różnych obszarach.

Kolejnym istotnym zasobem radzenia sobie jest przekonanie o własnej skuteczności, które reguluje ocenę poznawczą i emocjonalne nastawienie jednostki do zadań nowych lub dla niej ważnych.

3.2.2. Przekonanie o własnej skuteczności

Pojęcie przekonania o własnej skuteczności zostało wprowadzone do psychologii na gruncie poznawczej teorii społecznego uczenia się przez A. Bandurę (za: R. J. Gerrig, P. G. Zimbardo, 2006, s. 447). Teoria powstała w wyniku rozległych badań nad dziećmi i osobami dorosłymi. A. Bandura (1997, s. 36) określa skuteczność jako zdolność do organizowania umiejętności poznawczych, społecznych, emocjonalnych i behawioralnych, tak by służyły realizacji różnorodnych celów. Według tego badacza istnieje różnica pomiędzy posiadaniem określonych umiejętności, a zdolnością do ich integracji w celu podjęcia działania, zwłaszcza w obliczu trudnej sytuacji. Przekonanie o własnej skuteczności wpływa na postrzeganie, motywację oraz poziom wykonania zadania. Przekonanie o własnej skuteczności należy odróżnić od oczekiwania sukcesu, ponieważ prowadzi ono do podjęcia działania, wysiłku i wytrwałości, a także wpływa na uczucia, jakie towarzyszą wykonaniu zadania (P. Oleś, 2011, s. 214).

Osoba z silnym przekonaniem o własnej skuteczności sądzi, że jej działania mogą przekształcić rzeczywistość, oraz że jest w stanie podjąć dane zadanie, co w konsekwencji prowadzi do zwiększenia jej zaangażowania. Uogólnione przekonanie o własnej skuteczności jest utajoną wiedzą o sobie, które ujawnia się w różnych sytuacjach. Powstaje ono w wyniku przetwarzania przez jednostkę informacji o sobie, szczególnie w sytuacjach, które są oceniane jako ważne (A. Łuszczyńska, R. Schwarzer, 2008, s. 47). Stanowi ono także rdzeń samooceny, który jest definiowany jako złożona cecha, na którą składają się obok poczucia własnej skuteczności, samoocena, poczucie kontroli, a także zrównoważenie emocjonalne (M. Soból-Kwapińska, 2014, s. 79).

Przekonanie o samoskuteczności jest nabywane przez jednostkę w toku socjalizacji, która w przypadku jej nieprawidłowego przebiegu może prowadzić do poczucia bezradności, przejawiającego się w trudnościach natury poznawczej, motywacyjnej, emocjonalnej. Jednostka poprzez negatywne doświadczenia społeczne, nie dostrzega związku pomiędzy własnym zachowaniem, a wzmocnieniami w postaci nagród i kar (R. Kościelak, 2010, s. 74).

Informacjami, w świetle których jednostka ocenia własną skuteczność są jej rzeczywiste osiągnięcia, ale również następujące źródła:

- doświadczenia zastępcze – obserwacja innych osób,

- perswazja – możemy zostać przekonani do wykonania danego zadania przez inne osoby lub samych siebie,
- obserwacja własnego pobudzenia przy wykonaniu zadania (lęk jako informacja o niskim poczuciu samoskuteczności, podniecenie jako wysokie poczucie samoskuteczności) (R. J. Gerrig, P. G. Zimbardo, 2006, s. 447).

Poczucie własnej skuteczności jest punktem odniesienia na każdym etapie celowego działania, od momentu jego wyznaczenia, aż do zakończenia. Im wyższe jest poczucie samoskuteczności tym wytrwalsze są wysiłki prowadzące do zrealizowania celu. Zaniżone poczucie samoskuteczności prowadzi do odrzucania działań, które mogłyby mieć pozytywną wartość dla osoby i dla jej rozwoju. W sytuacji wyzwań życiowych osoby o niskim poczuciu samoskuteczności przeżywają negatywne emocje, nadmiernie koncentrują się na własnych ograniczeniach, a także mają większą skłonność do wyolbrzymiania trudności (R. Kościelak, 2010, s. 66). Przy czym poczucie samoskuteczności jest zbyteczne w działaniach zrutynizowanych, ponieważ w tych działaniach samowiedza jest automatyczna (Z. Zalewski, 1991, s. 129).

Wysokie poczucie własnej samoskuteczności ma następujący wpływ na funkcjonowanie człowieka:
- warunkuje sposób radzenia sobie ze stresem poprzez dobór strategii, długotrwałość podejmowanych wysiłków, stopień zaangażowania w proces radzenia sobie (N. Ogińska-Bulik, 2013, s. 70);
- ma korzystny wpływ na inicjowanie i utrzymywanie działań korzystnych dla zdrowia (A. Łuszczyńska, R. Schwarzer, 2008, s. 48);
- pozytywnie wpływa na zdrowie psychiczne (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 151);
- jest jednym z wymiarów rezyliencji, która zwiększa adaptacyjność jednostki do zmian w obliczu wyzwań (A. Howe, A. Smajdor, A. Stöckl 2012, s. 350);
- pełni rolę bufora w zespole wypalenia zawodowego (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński 2010, s. 151);
- zmniejsza negatywny wpływ długiego czasu pracy i przeciążenia (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 152);
- pozytywnie wpływa na wzrost po doświadczeniu traumatycznym (N. Ogińska-Bulik, 2013, s. 70);
- odgrywa znaczącą rolę w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi wynikającymi z choroby i niepełnosprawności (S. Byra, 2012, s. 116).

Poczucie samoskuteczności wpływa na różne aspekty zachowania człowieka, a tym samym zachodzi interakcja pomiędzy stanem zdrowia fizycznego i psychicznego jednostki, w sposób bezpośredni lub pośredni, ponieważ modyfikuje ona poziom odczuwanego stresu, a także warunkuje wybór strategii radzenia sobie (R. Kościelak, 2010, s. 67). Dlatego szczegółowo analizowany jest wpływ poczucia samoskuteczności na: strategie radzenia sobie ze stresem przez osoby z niepełnosprawnością (H. Ochonczenko, 2011b, s. 169), poziom przystosowania do chorób przewlekłych (cukrzycy, nowotworu, zawału serca), ale też niepełnosprawności ruchowej (S. Byra, 2012, s. 173), zachowania profilaktyczne w nowotworze piersi (R. Kościelak, 2010, s. 114), na stan zdrowia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (R. Kościelak, 2010, s. 139) oraz u osób z chorobą alkoholową (R. Kościelak, 2010, s. 197).

Wysoka samoskuteczność przyczynia się do zwiększenia zaangażowania jednostki w działania, które są konstruktywnym radzeniem sobie z sytuacją niepełnosprawności, w tym szczególnie niepełnosprawności nabytej (S. Byra, 2011, s. 128). Natomiast w przebiegu procesu przystosowania osób z niepełnosprawnością i ograniczeniami w zdrowiu, poczucie samoskuteczności pełni rolę zarówno predyktora, jak i moderatora procesu radzenia sobie w relacji z innymi parametrami psychospołecznego funkcjonowania (S. Byra, 2012, s. 115). W badaniach porównawczych pomiędzy osobami z niepełnosprawnością ruchową, a osobami z chorobami przewlekłymi, osoby z niepełnosprawnością ruchową odznaczają się wyższym poziomem poczucia samoskuteczności. Wśród osób z niepełnosprawnością ruchową najwyższym poziomem poczucia samoskuteczności odznaczają się osoby ze stwardnieniem rozsianym. Natomiast niskim poczuciem samoskuteczności odznaczały się w największym zakresie osoby po amputacjach (S. Byra, 2012, s. 272). Osoby z wysokim poczuciem samoskuteczności mają również wyższy poziom akceptacji emocjonalnej i behawioralnej, co wiąże się z większą akceptacją trudności funkcjonalnych, problemów związanych z integracją ze środowiskiem, w stosunku do osób mających niski poziom poczucia samoskuteczności (S. Byra, 2012, s. 274).

W badaniach porównawczych przeprowadzonych pomiędzy osobami sprawnymi i osobami z niepełnosprawnością ruchową (nabytą i wrodzoną), te drugie wykazują wyższy poziom wyuczonej bezradności, szczególnie w zakresie sprawowania kontroli, wykorzystywania kwalifikacji, urozmaicenia oraz ochrony zdrowia i przyszłości (M. Barabas, 2015, s. 92). Najbardziej bezradne w tej grupie badanych okazały się osoby z niepełnosprawnością nabytą na skutek wypadku, po 40 roku życia, zaś najmniej

bezradne okazały się osoby z niepełnosprawnością wrodzoną, które stanowiły młodszą grupę wiekową (poniżej 40 roku życia). Należy jednak nadmienić, że obydwie grupy badanych różniły się pod względem wieku (M. Barabas, 2015, s. 93). Podobne wnioski z badań wysuwa H. Ochonczenko (2011b, s. 175), która porównując wyniki badań wśród osób z niepełnosprawnością zamieszkujących województwo lubuskie z ogólnopolskimi wynikami osób pełnosprawnych wskazuje na większą bezradność pierwszej grupy wobec problemów życiowych. Podobne wnioski z badań porównawczych przeprowadzonych w Grecji wyciąga E. P. Samsari i S-G. Soulis (2019, s. 947), w których badani z niepełnosprawnością ruchową w stosunku do osób pełnosprawnych odznaczali się znacząco niższą zdolnością do rozwiązywania problemów i poczuciem własnej skuteczności. Badacze wyjaśniają, że przyczyną takiego stanu rzeczy jest obiektywna sytuacja osób z niepełnosprawnością, które narażone są na ograniczenia i bariery w codziennym życiu.

W świetle przytoczonych badań istotne są badania wskazujące na predyktory pozytywnych zmian składających się na wzrost potraumatyczny u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. W badaniach przeprowadzonych w grupie 331 osób z niepełnosprawnością ruchową, w wieku od 18 do 61 lat uzyskane rezultaty nie pozwoliły na wskazanie zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności, a panowaniem nad skutkami posiadanej niepełnosprawności. Być może ten zasób radzenia sobie ma inne znaczenie dla osób ze stabilnym i względnie trwałym uszkodzeniem (S. Byra, 2015a, s. 34).

Natomiast badania nad osobami poruszającymi się na wózkach inwalidzkich po 50 roku życia wykazały, że wysokie poczucie samoskuteczności wiąże się z większą częstotliwością uczestniczenia w pracach domowych, wyższą aktywnością w życiu osobistym i społecznym (B. M. Sakakibara i in., 2014, s. 672).

W badaniach nad osobami z niepełnosprawnością ruchową poczucie samoskuteczności nie ogranicza się tylko i wyłącznie do lepszego radzenia sobie z sytuacją niepełnosprawności, odnosi się ono również do przekonań na temat własnego życia. W badaniach przeprowadzonych przez E. J. Konieczną (2010, s. 63) nad poczuciem sensu życia u osób z niepełnosprawnością odnotowano statystycznie istotną zależność pomiędzy sensem życia a poczuciem samoskuteczności. Osoba mająca wysokie poczucie samoskuteczności jest w stanie planować i zmieniać własną rzeczywistość, zgodnie z obranym przez siebie celem. Natomiast w trudnych sytuacjach jest ona w stanie poszukiwać ich znaczenia dla własnego życia, co w konsekwencji

może przyczynić się do zrozumienia sensu życia, w jego ogólnym i osobistym wymiarze.

Poczucie samoskuteczności jest zasobem radzenia sobie, który pomaga w proaktywnym podejściu do życia poprzez otwartość na nowe zadania, traktowane jako wyzwania nieprzekraczające własnych możliwości. Nabiera ono szczególnego znaczenia w procesie radzenia sobie ze stresem, w zachowaniach prozdrowotnych na każdym etapie życia (K. Szczerbińska, B. Piórecka, M. Malinowska-Cieślak 2011, s. 72; I. Jelonkiewicz, 2012, s. 44; B. Niedźwiecka, Z. Słońska, Y. Taran 2012, s. 217), a także w radzeniu sobie z sytuacją niepełnosprawności. Kolejnym zasobem, który warunkuje podejmowanie przez człowieka działań o charakterze zaradczym obok poczucia samoskuteczności jest nadzieja podstawowa.

3.2.3. Nadzieja podstawowa

Nadzieja jest pojęciem wieloznacznym, które jest szczególnie obecne w teologii i filozofii, a także w obiegowej mądrości. We współczesnej psychologii jest ono rozumiane jako wielowymiarowa struktura poznawcza dotycząca pomyślnej przyszłości. W strukturze nadziei znajdują się następujące składniki: poznawczy, emocjonalny, temporalny, afiliatywny, sprawczy oraz ogólny (M. Oleniacz, 2016, s. 106). Nadziei jest nadawane także duże znaczenie w psychologii stresu, w której jest ona pojmowana jako siła witalna pozwalająca przetrwać w sytuacjach trudnych i ekstremalnych (J. F. Terelak, 2017, s. 408).

Nadzieja jest definiowana jako oczekiwanie realizacji własnych celów w obliczu wyzwań. Ma ona charakter prospektywny, czyli jest ukierunkowana na przyszłość i jest emocją przeciwstawną do strachu (E. Trzebińska, 2008, s. 96). Jest ona konstruktem blisko związanym z optymizmem, co wiąże się z jej poznawczym i emocjonalnym znaczeniem (E. Trzebińska, 2008, s. 97; A. Carr, 2009, s. 111). W koncepcji R. C. Snyder (2005, s. 73) siła nadziei wiąże się z osiągnięciem wartościowych celów, których osiągnięcie wymaga zdolności przemyślenia ścieżek prowadzących do realizacji celów.

Podstawą badań nad związkiem między nadzieją a radzeniem sobie ze stresem stały się dwa jej kluczowe pojęcia: myślenie zorientowane na poszukiwanie rozwiązań, a także myślenie zadaniowe. Teorią, do której odwołują się badacze poszukując tych związków jest teoria nadziei podstawowej (J. F. Terelak, 2017, s. 410). Twórcą pojęcia

nadziei podstawowej jest E. Erikson (1997, s. 259), zaś pojęcie to rozwinęli J. Trzebiński i M. Zięba (2003, s. 7) w oparciu o eriksonowskie rozumienie nadziei, jako jednej z ośmiu cnót ego. Pojęcie nadziei kształtuje się bardzo wcześnie w umyśle dziecka, które jest pierwszym jego osiągnięciem. Powstaje ona w wyniku rozwiązania konfliktu z pierwszej fazy rozwoju człowieka, pomiędzy podstawową ufnością i podstawową nieufnością. Rozwiązanie tego konfliktu jest pierwszym zadaniem, które staje przed dzieckiem, a jego rozwiązanie zależy od matki (E. Erikson, 1997, s. 259). Badacze (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 6) definiują nadzieję podstawową jako ogólne przeświadczenie jednostki o sensowności i przychylności świata. Nadzieja podstawowa obok komponentu poznawczego, ma także komponent emocjonalny, ponieważ jednostka interpretuje zdarzenia i próbuje przewidzieć ich dalszy rozwój, a także przejawia wobec tych doświadczeń określone uczucia.

W skład nadziei podstawowej wchodzą następujące treści:

- przekonanie o porządku i sensowności świata, które wyraża się w przeświadczeniu o regularności i zależnościach przyczynowo - skutkowych świata, a także jego celowości, czyli poczuciu, że świat ma sens;
- świat jest przychylny ludziom, co wiąże się z wiarą i oczekiwaniem, że w świecie jest więcej dobra niż zła, zaś osobiste, najistotniejsze plany i wartości są do zrealizowania;
- sprawiedliwość świata – wyrażająca się w przekonaniu, że człowiek otrzymuje od niego to, na co zasłużył poprzez własne czyny (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 8).

Dzięki nadziei podstawowej jednostka potrafi się zmobilizować w okresie ważnych wydarzeń życiowych, a także w obliczu nowych wyzwań i nieznanych sytuacji. Natomiast w sytuacjach trudnych (tj. niepowodzenie, zachwianie ładu) przekonanie o sensowności i przychylności świata pozwala na odnalezienie innej perspektywy i sposobów poradzenia sobie (A. Kiwnik-Dahm, 2015, s. 26).

Nadzieja podstawowa pełni rolę predyktora konstruktywnych konsekwencji radzenia sobie ze stresem, w większym stopniu niż optymizm i wiara w siebie. Zwiększa ona także adaptacyjność reakcji bezpośredniej na stres, ponieważ wpływa na pozytywność myślenia i pozytywność emocji wobec stresującej sytuacji (J. Terelak, 2017, s. 410). Badania nad studentami w kontekście kultury tureckiej wykazały, że studenci o wysokim poziomie nadziei mają lepszą ocenę poznawczą życia, zaś w trudnych sytuacjach wspomaga ona proces osiągania celów, a także istnieje silna korelacja pomiędzy nadzieją, a pozytywnymi uczuciami (A. Demirli, M. Türkman, R. S. Arik 2015, s. 610). Natomiast R. C. Synder (2005, s. 75) zwraca uwagę

na znaczenie nadziei w procesie zdobywania wiedzy. Studenci, którzy posiadają wyższy poziom nadziei byli w stanie więcej osiągnąć, ponieważ nie są rozproszeni negatywnymi myślami i deprecjonowaniem siebie, w przeciwieństwie do studentów o niskim poziomie tego zasobu (R. C. Synder, 2005, s. 75). Nadzieja jest również zasobem wewnętrznym związanym z podejmowaniem decyzji. Badania przeprowadzone wśród młodych dorosłych wykazały, że wyższy poziom samokrytycyzmu i prokrascynacji w zakresie podejmowania decyzji, są predyktorami niższego poziomu nadziei. Dlatego badacze R. McGarity-Palmer, S. Excell, J. R. Ferrari (2019, s. 12) wskazują na znaczenie treningu psychologicznego przyczyniającego się do wzrostu nadziei i obniżenia krytycznego spojrzenia na własną osobę, w celu podniesieniu efektywności funkcjonowania młodych dorosłych.

Na predykcyjną rolę nadziei podstawowej w doświadczeniu straty wskazuje S. Byra (2012, s. 118), ponieważ to przeświadczenie o sensowności, przychylności i uporządkowaniu świata pomaga w adaptacji do nieodwracalnej straty, poprzez mobilizowanie jednostki do poszukiwania nowych wyzwań życiowych.

Nadzieja jest więc istotnym zasobem radzenia sobie, który modyfikuje każdy element aktywności zaradczej jednostki, poprzez kształtowanie wzoru myślenia o sytuacji trudnej, stosowanych strategiach zaradczych i stopnia ich efektywności (S. Byra, 2012, s. 120). Nadzieja podstawowa wiąże się z możliwością czerpania większych korzyści z doświadczeń traumatycznych, ponieważ osoby odznaczające się wysokim poziomem nadziei podstawowej nie angażują się w coś, czego nie można zmienić, szybciej godzą się ze stratą starego ładu, a także szybciej przechodzą do budowania nowego ładu we własnym życiu. Pozwala ona również na odzyskanie kontroli w sytuacji zagrożenia życia (N. Ogińska-Bulik, 2013, s. 66).

Na rolę nadziei w procesie rehabilitacji osób z niepełnosprawnością wskazuje S. Kowalik (2018, s. 342). Przede wszystkim osoba z niepełnosprawnością nabytą intensywnie odczuwa w związku z nową sytuacją zdrowotną dwie emocje: strach o to, co się będzie działo w przyszłości, a także nadzieję, że pomimo trudności przyszłość okaże się obiecująca. Doświadczanie silnych i skrajnych emocji może powodować zmienność nastrojów, która jest przeżywana jako cierpienie. Dlatego tak istotne jest wzbudzenie w osobie z niepełnosprawnością poprzez proces rehabilitacji nadziei, która pomoże wzmocnić motywację do podejmowania wysiłku mającego na celu zaspokojenie najważniejszych dla niej potrzeb.

Do uruchomienia nadziei w procesie rehabilitacji konieczne są następujące warunki:

- określenie celu, jaki jest ważny dla osoby z niepełnosprawnością,
- ustalenie regionu, w którym znajdują się te wartości i cele,
- ustalenie ścieżek dojścia do celu, a także strategii pokonywania barier,
- podmiotowe zaangażowanie w realizację działania (S. Kowalik, 2018, s. 82).

Na znaczącą rolę nadziei w radzeniu sobie z niepełnosprawnością ruchową nabytą wskazują również badania empiryczne, które potwierdzają jej funkcjonalne właściwości w procesie godzenia się ze stratą wynikającą z utraty sprawności, zarówno w aspekcie poznawczym, jak i afektywnym (np. T. R. Elliott i in., 1991, s. 610; P. Dorsett, 2010, s. 98). Badania nad osobami z niepełnosprawnością w zakresie nadziei prowadzone są również w oparciu o teorię nadziei podstawowej E. Eriksona. W świetle badań osoby z niepełnosprawnością ruchową, które wykazywały wyższy poziom nadziei podstawowej cechowały się również silniejszą tendencją do zadaniowego radzenia sobie. Natomiast u osób, które odznaczały się niskim poziomem przekonań na temat sensowności, ładu i przychylności rzeczywistości może kształtować się niewielka skłonność do rozwiązywania problemów, co może wiązać się z przeświadczeniem o złożoności sytuacji trudnych, a także niekorzystnych warunkach zewnętrznych (S. Byra, 2012, s. 376). W badaniach nad radzeniem sobie osób po urazie rdzenia kręgowego ustalono zależność pomiędzy nadzieją podstawową a zadaniowym radzeniem sobie, które wyraża się w koncentracji na problemie, a także akceptacji przeszkody w osiągnięciu ważnych dla osoby celów. Akceptacja nie wiąże się jednak z biernością, ale przyjęciem problemów jako źródła motywacji do podejmowania dalszych wysiłków. Nadzieja pełni więc rolę zasobu, który pomaga w odbudowaniu ładu życiowego po trudnym doświadczeniu, jakim jest nabycie i doświadczenie trwałej niepełnosprawności ruchowej (S. Byra, 2014, s 830). Szczególną rolę nadziei potwierdzają badania nad osobami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w których poziom nadziei podstawowej różnicował badanych w zakresie reakcji przystosowawczych. Osoby z niskim poziomem tego zasobu są narażone na reakcje depresyjne, a także uwewnętrzniony gniew, zaś osoby o wysokim poziomie pozytywnych przekonań na temat świata prezentują niskie nasilenie reakcji nieprzystosowawczych (S. Byra, 2015b, s. 60). U badanych została ponadto stwierdzona silna korelacja pomiędzy poziomem nadziei podstawowej a satysfakcją z życia (S. Byra, 2015b, s. 63).

Jednocześnie w badaniach nad osobami z urazem rdzenia kręgowego oraz amputacją kończyn dolnych stwierdzono, że przekonanie dotyczące sprawiedliwości świata, a jednocześnie o niewielkiej życzliwości ludzi wiązało się z deprecjacją, nie zaś ze wzrostem traumatycznym (S. Byra, 2017b, s. 37). Natomiast w badaniach dotyczących wzrostu potraumatycznego u osób z niepełnosprawnością nabytą odnotowano znaczącą rolę nadziei podstawowej, w zakresie pozytywnych zmian wzrostowych, szczególnie w obrębie konstruktywnych przeobrażeń w percepcji siebie (S. Byra, 2015a, s. 34).

W wyniku uruchomienia nadziei osoba z niepełnosprawnością jest w stanie podejmować kolejne wysiłki, których celem jest aktywne uczestniczenie w życiu społecznym, a także radzić sobie ze skutkami różnych wydarzeń życiowych. Jednak na pozytywne efekty podejmowanych działań o charakterze zaradczym obok pozytywnych przekonań o sobie i świecie ma wpływ również otoczenie społeczne, które może być źródłem wsparcia społecznego.

3.2.4. Wsparcie społeczne

Jednostki ludzkie funkcjonują w otoczeniu społecznym, w którym są powiązane sieciami społecznymi wpływającymi na ich działania, przekonania i postawy. Relacje te mogą przyjmować charakter zarówno pozytywny, co dostarcza jednostce wsparcia społecznego, jak i negatywny, który wiąże się z doświadczeniem przez jednostkę samotności, a nawet wykluczenia. W obecnym kształcie termin „wsparcie społeczne" został wprowadzony do nauk społecznych w latach siedemdziesiątych i wyrasta z ruchu społeczności terapeutycznej, pomocy psychologicznej i grup samopomocowych (B. Hołtyń, 2009, s. 111). W literaturze przedmiotu definicje wsparcia społecznego podkreślają różne jego aspekty, od wymiaru pomocowego, przez wsparcie rozumiane jako interakcje, aż po traktowanie go jako zasobu. Definiowane jest jako „pomoc dostępna dla grupy i jednostki, którą otrzymuje się ustawicznie podczas codziennych interakcji z ludźmi" (J. Sowa, 2007, s. 32). Należy zwrócić uwagę, że pomoc jest pojęciem, które może wiązać się z ograniczeniem autonomii i godności osoby, na rzecz której została podjęta. Powodem może być jednostronny charakter relacji, a także jej stała, nie zaś incydentalna natura (M. Winiarski, 2017, s. 37).

Kolejna definicja wskazuje już na wsparcie jako „rodzaj interakcji społecznej, która została podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej,

trudnej, stresowej lub krytycznej” (H. Sęk, R. Cieślak, 2004, s. 18). Interakcja zakłada, że pomiędzy uczestnikami występuje rodzaj relacji partnerskiej, w której następuje uruchomienie immanentnych sił jednostki i jej aktywności (M. Winiarski, 2017, s. 37). Wsparcie społeczne jest też definiowane jako zasoby dostarczane człowiekowi poprzez interakcje z ludźmi z jego otoczenia. Człowiek korzysta z nich w sytuacjach trudnych, ale istnieją one w jego otoczeniu niezależnie od nich (M. Lausch-Chudy, 2014, s. 158). Jest definiowane jako zasób, ponieważ sieci wsparcia istnieją obiektywnie, niezależnie od zapotrzebowania człowieka na wsparcie. Jednak jest ono również w posiadaniu „ja”, ponieważ jest uwewnętrznionym przez jednostkę doświadczeniem społecznym, a jego mobilizacja zależy od kompetencji interpersonalnych jednostki (H. Sęk, 2012, s. 69). Źródłem wsparcia są następujące sieci społeczne: rodzinne, przyjacielskie, towarzyskie, sąsiedzkie, ale również zawodowe, wyznaniowe, instytucjonalne, profesjonaliści udzielający pomocy, grupy samopomocowe (B. Matyjas, 2010, s. 177).

Wsparcie społeczne może być określane na podstawie struktury, w której głównym analizowanym aspektem jest dostępność sieci społecznych – poziomu rozbudowania struktury, poprzez więzi i kontakty społeczne, w których jednostka otrzymuje pomoc w trudnych sytuacjach. Drugi sposób określania wsparcia społecznego bierze pod uwagę rodzaj interakcji społecznych w trudnych sytuacjach (W. Łosiak, 2008, s. 166). Zgodnie z nim wyróżnione są następujące rodzaje wsparcia:

- wsparcie emocjonalne – przekazywanie emocji podtrzymujących, uspokajających, okazujących troskę i pozytywny stosunek do osoby wspieranej. Ten rodzaj wsparcia pozytywnie wpływa na samoocenę i samopoczucie, a także jest najbardziej oczekiwany;
- wsparcie wartościujące – dostarczanie komunikatów, które podkreślają ważność osoby, jej znaczenia, a także wskazywanie na pozytywne efekty jej dotychczasowego postępowania;
- wsparcie instrumentalne – udzielanie konkretnej pomocy, która może polegać na pożyczeniu pieniędzy, pomocy w uzyskaniu mieszkania i inne, w zależności od potrzeby;
- wsparcie informacyjne – przekazanie informacji, które mogą przyczynić się do rozwiązania problemu życiowego jednostki np.: pokierowanie do właściwej placówki pomocowej, wolnego miejsca pracy (S. Kawula, 1996, s. 6-7; R. Müller i in, 2012, s. 94).

Przedstawione rodzaje wsparcia wskazują na jego wpływ buforowy, szczególnie istotny w sytuacjach problemowych. Jednak w literaturze psychologicznej

i socjologicznej dostrzegany jest także bezpośredni wpływ wsparcia społecznego na dobrostan psychiczny. Wsparcie społeczne w tym ujęciu daje korzyści, które są niezależne od sytuacji, a pocieszająca jest także sama świadomość, że w sytuacji kryzysu można liczyć na wsparcie (J. Czapiński, 2017, s. 125).

Wsparcie społeczne może mieć następujący charakter:

- profilaktyczny – wyrażający się we wzmocnieniu podmiotu wsparcia, budowanie buforu, który zapobiega powstawaniu sytuacji problemowej, stresogennej;
- kompensacyjny – polegający na eliminowaniu elementów sytuacji trudnej;
- rozwojowy – ulepszanie sytuacji życiowej jednostki, grupy, społeczności (M. Winiarski, 2017, s. 29).

Charakter wsparcia społecznego wskazuje na jego istotne znaczenie w życiu człowieka, a szczególnie na jego rolę zabezpieczającą nie tylko funkcjonowanie jednostki, ale również jej rozwój. Ponadto ma ono następujące pozytywne efekty w życiu człowieka:

1. efekt tarczy społecznej – minimalizowanie skutków zdarzeń negatywnych i zwiększanie pozytywnych doświadczeń,
2. efekt tarczy poznawczej – wzmocnienie pozytywnych skutków całej sytuacji i możliwości poradzenia sobie z nią,
3. emocjonalny efekt buforu i ulgi – powodujący redukcję lęku i niepewności,
4. społeczne rozwiązanie problemu (B. Matyjas, 2010, s. 178).

Pomimo tylu zalet wsparcia społecznego, badacze dostrzegają również negatywne efekty wsparcia społecznego:

1. poczucie zagrożenia u osoby wspieranej,
2. poczucie nadmiernej kontroli ze strony podmiotu wspierającego,
3. ograniczenie samodzielnych form radzenia sobie z trudnościami i wymaganiami codziennego życia (M. Winiarski, 2017, s. 30).

Skutki pozytywne i negatywne wsparcia mogą współistnieć ze sobą, a nawet w jakiś sposób nakładać się na siebie (H. Sęk, 1991, s. 31, M. Winiarski, 2017, s. 30). Natomiast J. Czapiński (2017, s. 127) dodaje, że silne i zintegrowane otoczenie społeczne może utrudniać readaptację do nowych warunków życiowych, ponieważ inni ludzie są ostoją tożsamości jednostki. By ocenić wpływ wsparcia na życie jednostki badacze analizują aspekty ilościowe: gęstość sieci społecznych, liczba i częstość kontaktów z przyjaciółmi i rodziną oraz aspekty jakościowe: jakość kontaktów i rodzaj pomocy. W tym aspekcie istotny jest poziom zadowolenia ze wsparcia społecznego,

który jest silniejszym predyktorem szczęścia człowieka niż liczba kontaktów (J. Czapiński, 2017, s. 128).

Literatura pedagogiczna oprócz odniesienia wsparcia społecznego do życia psychicznego, wskazuje również na jego rolę w kształtowaniu biografii człowieka, który znalazł się w sytuacji niepozwalającej na realne i zracjonalizowane zaprojektowanie własnej perspektywy życiowej (J. Modrzewski, 2014, s. 39). Wsparcie społeczne może również znaleźć odzwierciedlenie w działalności oporowej o charakterze politycznym, której celem jest przeciwstawienie się opresji ze strony grupy silniejszej. Jednostki z grupy marginalizowanej w toku wsparcia społecznego uczą się refleksyjnie konstruować własną tożsamość, a także obszary doświadczanych opresji. Działalność oporowa może być prowadzona na podstawie identyfikacji strukturalnych przestrzeni opresji, a jednocześnie działań wzmacniających podmiotowość jednostki (E. Bielska, 2014, s. 59).

Grupą, która wymaga wsparcia społecznego są osoby z niepełnosprawnością. Wymagają oni zarówno wsparcia w aspekcie indywidualnym, jak i grupowym, ze względu na rozpoznawanie ich sytuacji zdrowotno-sprawnościowej jako niekorzystnego faktu społecznego. Szczególne znaczenie w aspekcie zmiany biografii, a także identyfikowania przestrzeni opresji mają grupy samopomocowe osób z niepełnosprawnością. Celem tych grup jest kształtowanie rzeczywistości, w której siła relacji międzyludzkich wyeliminuje alienację tej grupy osób poprzez następujące działania: edukowanie społeczeństwa, udzielanie pomocy osobom z niepełnosprawnością, kontrolę instytucji oraz środowisk zajmujących się opieką zdrowotną i społeczną. Poza tym grupy samopomocowe osób z niepełnosprawnością pełnią rolę uzupełniającą wobec innych form wsparcia (J. Kirenko, 2007, s. 14; S.Kowalik, 2007, s. 30; 2018, s. 83).

Osoby z niepełnosprawnością ze względu na swą odmienność stale narażone są na doświadczenie dystansu społecznego, który wynika z przeżywania lęku w relacji z osobami o innym wyglądzie, ale również zniekształceniem postrzegania spowodowanej stereotypami, schematów poznawczych i przystosowawczych, uprzedzeń, nieadekwatnej samooceny i projekcji (Z. Palak, 2012, s. 42). Natomiast wsparcie społeczne przyczynia się do zmniejszenia dystansu społecznego, a także do zwiększenia na równych prawach uczestnictwa w życiu społecznym. By ono właściwie funkcjonowało konieczne jest wsparcie adekwatne, które rozwija samodzielność osób z niepełnosprawnością (A. Zamkowska, 2012, s. 254).

J. Kirenko (2002, s. 103) na podstawie przeglądu badań przeprowadzonych wśród osób z niepełnosprawnością wyciąga wniosek, że osoby chore i z niepełnosprawnością czują się często samotne, ponieważ postrzegają udzielane im wsparcie jako niewystarczające. Dodatkowo wsparcie wiąże się z wyręczaniem osoby z niepełnosprawnością, a tym samym zmniejszane są jej szanse na rozwijanie własnej samodzielności i podmiotowości.

Podobne wnioski z badań nad wsparciem osób z niepełnosprawnością ruchową wyciąga M. Barabas (2015, s. 142), która podkreśla, że osoby z niepełnosprawnością ruchową w zestawieniu z osobami pełnosprawnymi niżej oceniają dostępność potencjalnych źródeł wsparcia, a także nie otrzymują lub nie odczuwają wsparcia od innych w oczekiwanym zakresie i natężeniu. Osoby z niepełnosprawnością ruchową odczuwają także silniejszą niż osoby pełnosprawne potrzebę pomocy w sytuacjach trudnych i stresujących. Należy zauważyć, że na podstawie tych samych badań osoby z niepełnosprawnością w stosunku do osób pełnosprawnych otrzymują więcej wsparcia emocjonalnego i afirmacyjnego. Jednak zarówno osoby pełnosprawne, jak i z niepełnosprawnością najwięcej wsparcia otrzymują ze strony rodziny. Rodzina stanowi najważniejsze środowisko wspierające osoby z niepełnosprawnością (J. Kirenko, 2002, s. 109; W. Janocha, 2009, s. 191), co potwierdzają również inne badania empiryczne wśród różnych grup osób z niepełnosprawnością: osób z niepełnosprawnością w Polsce (B. Gąciarz, J. Bartkowski, 2014, s. 25), kobiet z niepełnosprawnością (A. Nowak, 2012, s. 350), matek dzieci z niepełnosprawnością (B. Szabała, M. Parchomiuk, 2011, s. 52), absolwentów z niepełnosprawnością szkół wyższych (M. Racław, 2015, s. 144), uczniów z niepełnosprawnością w szkolnych oddziałach integracyjnych (szczególnie ważne dla badanych jest wsparcie od rodzeństwa) (D. Osik-Chudowolska, 2013, s. 249).

Różnicę w zakresie postrzegania i zadowolenia ze wsparcia wyjaśniają badania S. Byry (2013, s. 81), w których zostało poddane analizie zadowolenie ze wsparcia osób z uszkodzonym rdzeniem kręgowym w kontekście zasobów radzenia sobie: optymizmu dyspozycyjnego i poczucia samoskuteczności. Osoby odznaczające się wysokim poziomem tych zasobów oceniają wyżej dostępność i nasilenie poszczególnych rodzajów wsparcia oraz deklarują mniejsze zapotrzebowanie na wsparcie. Doceniają one otrzymywane wsparcie, a także nie kierują wysokich oczekiwań na wsparcie w stosunku do osób znaczących.

Zarówno u osób z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną, jak i nabytą stwierdzono istnienie korelacji pomiędzy wyuczoną bezradnością a natężeniem i rodzajem wsparcia społecznego. Niski poziom wyuczonej bezradności wiąże się z silnie odczuwanym wsparciem afirmacyjnym, oraz buforująco-ochronnym (w przypadku osób z niepełnosprawnością od urodzenia) (M. Barabas, 2015, s. 191). Dostępne wsparcie społeczne okazuje się również zasobem dla osób chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów, ponieważ pozytywnie wpływa na instrumentalne radzenie sobie z chorobą poprzez odwracanie od niej uwagi (E. Frankowska, K. Bargiel-Matusiewicz, 2015, s. 108).

Badania nad wsparciem społecznym osób z niepełnosprawnością ruchową przeprowadzone w Iranie wskazują, że istnieje powiązanie między stanem cywilnym a otrzymywanym wsparciem funkcjonalnym i strukturalnym. Ustalenia z badań sugerują, że nie tylko niepełnosprawność fizyczna jest ważnym czynnikiem kształtującym wsparcie społeczne, ale również stan cywilny. Związek z małżonkiem jest dla osoby z niepełnosprawnością ruchową ważnym czynnikiem wpływającym na samopoczucie, wsparcie społeczne i jakość życia (A. S. Forouzan i in., 2013, s. 665).

Natomiast w badaniach nad wsparciem społecznym osób z tetraplegią nabytą zanotowano w stosunku do osób z mózgowym porażeniem dziecięcym podwyższony poziom wsparcia ochronnego, które przejawia się w chronieniu osób bliskich przed złymi informacjami. Jedną z przyczyn takiej postawy jest próba chronienia osób bliskich przed własnymi problemami i negatywnymi emocjami (D. Kurpiel, 2011, s. 125).

Wsparcie społeczne jest elementem sieci społecznych, w których osadzone są jednostki wpływając na ich działanie, przekonania i postawy (D. M. Kirke, 2012, s. 181). Osoby z niepełnosprawnością ze względu na swoją sytuację zdrowotną potrzebują wszystkich rodzajów wsparcia, zarówno instrumentalnego, jak i emocjonalnego. Jest ono jednym z warunków zwiększania samodzielności osób z niepełnosprawnością, a tym samym umożliwienia tej grupie osób wniesienie swojego unikalnego wkładu w życie społeczne (S. Kowalik, 2018, s. 329).

Przedstawione zasoby pełnią istotną rolę w życiu każdego człowieka. Jednak w przypadku osób z niepełnosprawnością mają one dodatkową wartość i znaczenie w kontekście przystosowania do sytuacji niepełnosprawności. Natomiast edukacja wyższa przyczynia się do zmiany społecznej związanej ze zwiększeniem uczestnictwa społecznego młodzieży akademickiej. By zrozumieć uwarunkowania podmiotowe

procesu studiowania, a także ich znaczenie dla nasilenia autonomii studentów z niepełnosprawnością zostanie przeanalizowany stan badań w zakresie zasobów radzenia sobie.

3.3. Wybrane zasoby radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością ruchową – przegląd badań

Zasoby radzenia sobie są istotne dla prawidłowego przebiegu procesu studiowania nie tylko studentów z niepełnosprawnością. Badania w tym zakresie prowadzone są wśród studentów pełnosprawnych z założeniem, że przyczynią się one do podniesienia jakości studiowania i stworzenia warunków, które pozwolą na efektywne przygotowanie do zwiększających się wymagań życia społecznego i zawodowego (m. in. S. Byra, M. Parchomiuk, 2009; J. Iskra, 2011; W. Poleszak, 2011; L. J. Labrague i in., 2016; M. J. Coiro, A. H. Bettis, B. E. Compas 2017; R. Saxena i in., 2019). Jednak szczególnego znaczenia zasoby radzenia sobie nabierają w przypadku studentów z niepełnosprawnością, którzy narażeni są w środowisku akademickim na problemy funkcjonalne związane z różnego rodzaju barierami (architektonicznymi, urbanistycznymi, komunikacyjnymi i informacyjnymi), problemy edukacyjne, psychospołeczne i edukacyjne (M. Pachomiuk, 2010, s. 17). Na znaczenie perspektywy salutogenetycznej w procesie wspierania studentów z niepełnosprawnością wskazują na przykład I. Cytlak i J. Jarmużek (2017, s. 449), które podkreślają negatywne konsekwencje stresu związanego z niepełnosprawnością: poczucie napięcia, rozdrażnienie, nerwowość, agresywność, zmęczenie, poczucie osamotnienia, apatię, przygnębienie, brak koncentracji, utrudnienia w myśleniu, nadmierną wrażliwość na krytykę, obniżoną energię, czy ograniczoną ekspresję. W badaniach porównawczych studentów z niepełnosprawnością i studentów pełnosprawnych (w charakterystyce grupy badanych nie zostały uwzględnione rodzaje niepełnosprawności) w zakresie radzenia sobie ze stresem wykazały następujące różnice pomiędzy nimi:

- koncentracja na zadaniu (osoby z niepełnosprawnością rzadziej koncentrują się na zadaniu),
- koncentracja na unikaniu (osoby z niepełnosprawnością częściej koncentrowały się na unikaniu sytuacji stresujących),
- osoby z niepełnosprawnością rzadziej, niż osoby pełnosprawne poszukują kontaktów towarzyskich (R. Biernat, P. Jurkiewicz, M. Starzomska, 2013, s. 241).

Wyniki, w których stwierdzono przewagę stosowania przez studentów z niepełnosprawnością strategii skoncentrowanych na unikaniu zadania i stosowaniu mechanizmów obronnych, w stosunku do studentów pełnosprawnych, są zgodne z wcześniej przeprowadzonymi badaniami porównawczymi wśród studentów z niepełnosprawnością ruchową i studentów pełnosprawnych. Natomiast pomiędzy obiema grupami nie wystąpiła istotna różnica w zakresie stosowania emocjonalnego stylu radzenia sobie w sytuacjach trudnych (S. Byra, B. Mazur-Szabała, 2006, s. 166).

Badania nad strategiami radzenia sobie przeprowadzone wśród chińskich studentów z niepełnosprawnością wykazały, że studenci, którzy odznaczali się bardziej negatywnymi odczuciami wobec własnego ciała stosowali również mniej pozytywnych strategii w rozwiązywaniu problemów np.: poszukiwania pomocy. Studenci z widoczną niepełnosprawnością odróżniali się od swoich pełnosprawnych rówieśników, a w związku z tym mogli oni odczuwać silniejszą presję związaną z własnym wyglądem. Jednak inkluzyjne środowisko uniwersyteckie może prowadzić ich do spontanicznego poszukiwania pomocy i rozwiązywania problemów przez zarządzanie stresem (N. Xu, Y. Liu, 2019, s. 5).

Styl radzenia sobie studenta z niepełnosprawnością z wyzwaniami w życiu akademickim warunkują zasoby radzenia sobie. Pierwszym z tych zasobów jest samoocena, nad którą badania wśród młodzieży z niepełnosprawnością prowadził m. in. P. Majewicz (2000, 2002, 2003). Badania przeprowadzone wśród młodzieży z niepełnosprawnością wskazywały, że młodzież niżej ocenia swoją wartość, co wiąże się z przyjmowaniem zachowania obronnego i przedstawiania siebie w lepszym świetle. Z powodu niższego poczucia własnej wartości ta grupa częściej odczuwała lęk i poczucie nieszczęścia (P. Majewicz, 2000, s. 210). W kolejnych badaniach ten sam autor wskazuje, że osoby z niepełnosprawnością są negatywnie nastawione do samych siebie, a także do innych ludzi (P. Majewicz, 2003, s. 288). Okazuje się również, że wyższy globalny poziom poczucia własnej wartości wpływa na orientację „być" u młodzieży z niepełnosprawnością ruchową. Orientacja „być" przejawia się w instrumentalnym podejściu do rzeczy, potrzebą twórczej przemiany świata, a także w większej odpowiedzialności i szacunku dla drugiego człowieka oraz ukierunkowaniu na samorozwój (P. Majewicz, 2002, s. 216). W badaniach tego samego autora (P. Majewicz, 2012, s. 239) nad dorosłymi osobami z niepełnosprawnością ruchową wyraźnie rysuje się zależność pomiędzy wiekiem a samooceną. Wyższą samooceną

odznaczają się osoby młodsze z niepełnosprawnością ruchową zamieszkujące duże miasta (P. Majewicz, 2012, s. 239).

Przytoczone wyniki badań dotyczące okresu wczesnej dorosłości stanowią tło dla badań nad samooceną studentów z niepełnosprawnością. Czynnikami, które mogą pozytywnie korelować z samooceną studentów z niepełnosprawnością ruchową są młody wiek, a także zamieszkanie podczas studiów, w dużym ośrodku miejskim. Większość ośrodków akademickich mieści się w dużych miastach. Tendencje w zakresie wysokiej samooceny młodych osób z niepełnosprawnością potwierdzają badania przeprowadzone na gruncie międzynarodowym i polskim (A. M. Borthwick, 1997; T. R. Blake i J. O. Ruste, 2002; J. Bąbka, 2004; S. Byra, B. Mazur, 2005; S. Byra, B. Mazur-Szabała, 2006; K. Hawryło, 2015).

Studenci z niepełnosprawnością fizyczną na podstawie badań odznaczają się taką samą samooceną jak pełnosprawni rówieśnicy. Jedyny obszar, w którym studenci z niepełnosprawnością mają niższą samoocenę odnosi się do relacji romantycznych (A. M. Borthwick, 1997, s. 28). Podobne wnioski z badań jakościowych nad tożsamością osób z niepełnosprawnością ruchową przeprowadzone przez J. Bąbkę (2004, s. 139) wśród osób, które studiowały lub ukończyły studia wskazują na silne poczucie własnej tożsamości, a także na zdeterminowane dążenie do celów. Podobne wnioski z badań wyciągają S. Byra i B. Mazur (2005, s. 67), S. Byra i B. Mazur-Szabała (2006, s. 165), zgodnie z którymi, studenci z niepełnosprawnością ruchową odznaczają się wyższym poziomem samozadowolenia i akceptacji siebie, w stosunku do studentów pełnosprawnych, a także większą identyfikacją z własnym „ja" (tożsamością). Podejmują oni następujące działania świadczące o pozytywnym stosunku do siebie: prezentują pozytywny wizerunek siebie, dostrzegają u siebie więcej cech dodatnich, stawiają sobie wyższe wymagania, a jednocześnie potrafią być wobec siebie samokrytyczni (S. Byra, B. Mazur-Szabała, 2006, s. 167). Na podobną pozytywną postawę wobec siebie i własnej niepełnosprawności w studium przypadku osoby niesamodzielnej, chorującej na rdzeniowy zanik mięśni wskazuje K. Hawryło (2015, s. 126).

Jak wskazują przytoczone badania wśród osób z niepełnosprawnością ruchową zaznacza się tendencja do wysokiej samooceny, o czym świadczy efektywna realizacja zadań okresu wczesnej dorosłości. Natomiast typowymi strategiami radzenia sobie ze stresem przez osoby z niską samooceną są koncentracja na emocjach i unikanie (J. F. Terelak, 2008, s. 398). Badania nad samooceną wśród studentów

z niepełnosprawnością wykazały, że studenci z niższym poczuciem własnej wartości, w połączeniu z brakiem odpowiedniego wsparcia społecznego mogą ograniczać poszukiwanie pomocy. Studenci, którzy postrzegali swoją niepełnosprawność jako wysoko stygmatyzującą, częściej prosili o pomoc nieprofesjonalistów niż swoich wykładowców, czy osoby profesjonalnie zajmujące się pomocą na uczelni (A. D. Cesarei, 2015, s. 668). Inne wnioski z badań nad studentami z niepełnosprawnością ruchową, wskazują przywoływane autorki badań S. Byra i B. Mazur-Szabała (2006, s. 168), w których studenci z niepełnosprawnością ruchową odznaczali się wysoką oceną siebie, a jednak otrzymywali znacząco mniej wsparcia emocjonalnego i pomocy praktycznej, a także mieli poczucie mniejszej akceptacji i zaufania ze strony bliskich.

Kolejnym zasobem radzenia sobie, który wpływa na efektywność studiowania jest poczucie samoskuteczności. Badania nad poczuciem samoskuteczności studentów z niepełnosprawnością prowadziła m. in. H. Ochonczenko (2007, 2008, 2010, 2011b). W grupie badanych studentów najliczniejszą grupę stanowili studenci z niepełnosprawnością ruchową (34,3%). Wyniki badań wskazują, że 40% badanych studentów oceniło skuteczność własnych działań na poziomie ponadprzeciętnym w następujących zakresach: zaufania do własnych kompetencji życiowych, zawodowych, kontroli zdarzeń, a także kompetencji do koordynowania różnych sfer własnego życia (H. Ochonczenko, 2010, s. 221). Na podstawie badań autorka wyciąga wnioski, że studenci są grupą specyficzną, która kończy najważniejsze aspekty procesu socjalizacji i posiada wysokie aspiracje życiowe.

W badaniach przeprowadzonych przez tę samą autorkę (H. Ochonczenko, 2011b, s. 178) nad poczuciem samoskuteczności z uwzględnieniem rodzaju niepełnosprawności, studenci z niepełnosprawnością ruchową posiadali ponadprzeciętne poczucie własnej skuteczności (połowa badanych). Jednak w tej grupie niepełnosprawności zaznaczył się także duży odsetek osób, które oceniają swoje możliwości na pomyślność „poniżej przeciętnej”. W grupie znalazły się także osoby, które swoją samoskuteczność w tym obszarze oceniały nisko lub bardzo nisko. Na podstawie przeprowadzonych przez autorkę badań, w których studenci wykazywali się wysokim poczuciem samoskuteczności, nawet wyższym w badaniach porównawczych od pełnosprawnych studentów, niepełnosprawność (w tym także niepełnosprawność ruchowa) nie determinowała gorszego samopoczucia. W badaniach przeprowadzonych przez T. R. Blake i J. O. Ruste (2002, s. 219) nad studentami

z porażeniem mózgowym i trudnościami w uczeniu się wskazują, że samoocena i poczucie samoskuteczności tej grupy nie różnią się od ogólnej populacji studentów. Okazuje się również, że studenci z widoczną niepełnosprawnością mają wyższy poziom poczucia samoskuteczności w sferze społecznej, co może być spowodowane niemożnością ukrycia niepełnosprawności, a tym samym większą otwartością w zakresie informowania o własnej niepełnosprawności, czy posiadanych ograniczeniach.

Badania przeprowadzone wśród studentów z niepełnosprawnością wskazują, że osoby z wyższym poziomem zasobów takich jak: szacunek do siebie, poczucie własnej skuteczności, stabilność emocjonalna a także wewnętrznie umiejscowiona kontrola odczuwają mniej stresu, doświadczają wyższego poziomu pozytywnych emocji, a także wyżej oceniają otrzymywane wsparcie społeczne (S. M. Smedema i in., 2015, s. 351). Podobne wnioski z badań nad studentami z różnymi rodzajami niepełnosprawności, w tym również studentami z niepełnosprawnością ruchową wyciągają A. Lombardi, Ch. Murray i J. Kowitt (2016, s. 9). Badacze wykazali znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju osobowego w środowisku akademickim następujących zasobów podmiotowych: samoświadomości, pewności siebie, a także poczucia własnej skuteczności (A. Lombardi, Ch. Murray, J. Kowitt 2016, s. 9).

Obok poczucia samoskuteczności kolejnym zasobem kształtującym funkcjonowanie studentów z niepełnosprawnością ruchową jest nadzieja podstawowa. Badania prowadzone na młodych ludziach: licealistach i studentach ekonomii pokazują pozytywny wpływ nadziei podstawowej na konstruktywne konsekwencje stresu, radzenie sobie ze stratą, a także pozytywny związek z dobrym nastrojem, zadowoleniem z różnych aspektów życia, optymizmem i wiarą w sukces. W badaniach przeprowadzonych wśród studentów psychologii (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 24) nadzieja podstawowa pozytywnie korelowała z dobrym nastrojem, zadowoleniem z różnych aspektów życia, optymizmem, a także wiarą we własny sukces.

Badania studentów z niepełnosprawnością ruchową wskazują, że niższy poziom nadziei podstawowej u badanych studentów wiązał się z preferowaniem przez badanych właśnie strategii radzenia sobie opartej na emocjach. Badani doświadczali więcej napięć emocjonalnych, co było spowodowane niemożnością przeżywania świata jako uporządkowanego i przyjaznego (S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 7).

Nadzieja podstawowa pełni istotną rolę w kształtowaniu konstruktywnego i pozytywnego myślenia jednostki o posiadanym problemie, a także uruchomieniu

wobec niego pozytywnych emocji. Nadzieja wpływa także na podejmowanie aktywności społecznej przez młodych dorosłych i osoby dorastające (387 osób w wieku od 14 do 36 roku życia) w Wielkiej Brytanii i Irlandii. Badania przeprowadzone przez C. Berry i K. Greenwood (2018, s. 1413) wskazują, że predyktorami włączenia w aktywność społeczną i przynależności społecznej są nadzieja, a także przekonania na temat życia społecznego, interpersonalnego i zawodowego niezależnie od takich zmiennych, jak nastrój, płeć, czy pochodzenie etniczne. Nadzieja podstawowa ma także znaczenie dla osób z niepełnosprawnością, ponieważ sprzyja preferowaniu stylu radzenia ukierunkowanego na rozwiązanie problemu u osób z niestabilną niepełnosprawnością ruchową (np.: stwardnienie rozsiane) (S. Byra, 2012, s. 374).

Z powyższych badań wynika, że nadzieja podstawowa może mieć również pozytywne znaczenie dla edukacji osób z niepełnosprawnością, ponieważ pozwala zarządzać własną niepełnosprawnością w wymagającym środowisku akademickim (S. M. Smedema i in., 2015, s. 342). Studentki z niepełnosprawnością ruchową w badaniach wskazywały na następujące trudności: finansowe, w zdobywaniu podręczników do nauki, negatywne emocje związane z kontrolowaniem wiedzy, a także dolegliwości fizyczne (S. Byra, M. Parchomiuk, 2005, s. 70).

Zasobem radzenia sobie, który ma wpływ na sytuację psychospołeczną studentów z niepełnosprawnością jest wsparcie społeczne. Ze względu na możliwość występowania w środowisku akademickim barier społecznych ważne jest zwrócenie uwagi na rolę wsparcia rówieśniczego, ponieważ okres studiów to ostatni okres rozwojowy, w którym młodzi ludzie przebywają we własnej grupie wiekowej. Przynależność osoby w wieku pomiędzy 18 a 22 rokiem życia do grupy rówieśniczej pomaga stworzyć i wzmocnić jej tożsamość, a także stanowi ważny pomost stanowiący przejście z roli członka rodziny do roli obywatela (R. Michalak, 2011, s. 322). Według K. Heller (1985, za: E. Domagała-Zyśk, 2012, s. 118) wsparcie rówieśnicze jest ważnym źródłem wsparcia społecznego, ponieważ:

- rówieśnicy dają poczucie osadzenia społecznego,
- grupa rówieśnicza daje poczucie przynależności i przywiązania,
- rówieśnicy wzmacniają emocjonalne poczucie wartości,
- rówieśnicy są źródłem informacji i pomocy w rozwiązywaniu problemów, motywują do podejmowania działania,
- relacje te mają charakter symetryczny dlatego uczą one wzajemności w kontaktach.

Badania w zakresie wsparcia rówieśniczego studentów z niepełnosprawnością wskazują, że otrzymują oni mniej wsparcia w wymiarach emocjonalnym, afirmacyjnym, praktycznym i globalnym, niż ich pełnosprawni rówieśnicy (S. Byra, B. Mazur, 2005, s. 62). Ponadto badania nad studentami z niepełnosprawnością (głównie ruchową) wykazały, że najwyższy poziom wsparcia otrzymują od rodziców, rodzeństwa, a także kolegów z roku. Jednak najważniejszym źródłem wsparcia informacyjnego dla studentów z niepełnosprawnością są koledzy z roku i nauczyciele akademiccy. Satysfakcja z życia u badanych studentów wiązała się z otrzymywaniem wsparcia informacyjnego od krewnych i sąsiadów, wsparcia instrumentalnego płynącego od kolegów z osiedla, a także wsparcia wartościującego od nauczycieli akademickich (K. Skalska, 2015b, s. 130). Uzupełnieniem wniosków nad wsparciem społecznym studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim są badania przeprowadzone przez A. Lombardi, Ch. Murray i J. Kowitt (2016, s. 9), którzy wskazują na znaczenie wsparcia społecznego płynącego od partnera romantycznego. Wyniki badań sugerują, że studenci z niepełnosprawnością w szerokim zakresie polegają na jego wsparciu. Nawet studenci mający niższe poczucie satysfakcji ze wsparcia rówieśników lub partnera oceniają je jako korzyść osobistą i społeczną.

Powyższe wyniki badań są niezgodne z badaniami przeprowadzonymi przez I. Cytlak (2009, s. 166), w których tylko 7,5% badanych studentów z niepełnosprawnością wskazywało, że może liczyć na wsparcie jednej zaufanej osoby, pomimo posiadania szerokiego i wąskiego grona znajomych. Należy podkreślić, że wśród badanych studentów 25% wskazuje na nieśmiałość w sferze nawiązywania kontaktów społecznych w czasie studiów, a tylko 2,5% studentów przyczynę trudności w nawiązywaniu nowych kontaktów rozpoznaje w rzadkim wychodzeniu z domu. Natomiast badani studenci wypowiadają się również o okresie szkoły średniej, w czasie którego 25% badanych wskazuje na taką przyczynę trudności w nawiązywaniu nowych kontaktów społecznych (I. Cytlak, 2009, s. 181).

Na podstawie badań można wysnuć wniosek, że środowisko akademickie daje studentom z niepełnosprawnością ruchową wiele okazji do podejmowania różnorodnych aktywności społecznych będących źródłem kontaktów międzyludzkich, a tym samym wsparcia społecznego.

Warto w tym kontekście przytoczyć wnioski z badań pilotażowych przeprowadzonych na Uniwersytecie Łódzkim w zakresie wsparcia rówieśniczego studentów z niepełnosprawnością ruchową (K. M. Król, 2017, s. 274). Wszyscy badani

studenci deklarują, że inicjują kontakty społeczne z pełnosprawnymi rówieśnikami. Dodatkowym utrudnieniem w tworzeniu relacji będących źródłem wsparcia dla studentów z niepełnosprawnością ruchową jest dostępność portali społecznościowych. Badania nad studentami college'u wykazały, że osoby korzystające z portalu społecznościowego Facebook odznaczały się niższą samooceną, zaś studenci pierwszego roku, którzy mieli wielu znajomych na portalu społecznościowym deklarowali mniejszą adaptację emocjonalną do środowiska szkoły wyższej. Ponadto studenci pierwszego roku mówili o silniejszych więziach emocjonalnych ze znajomymi z Facebook'a, niż studenci wyższych roczników (M. Kalpidou, D. Costin, J. Morris 2011, s. 187).

Jedną z przyczyn trudności studentów z niepełnosprawnością ruchową w uzyskaniu adekwatnego do swoich potrzeb wsparcia społecznego wśród rówieśników są postawy studentów pełnosprawnych. A. Bieganowska (2015, s. 230) na podstawie wniosków wyprowadzonych z przeprowadzonych działań eksperymentalnych wskazuje, że wzrastająca świadomość niepełnosprawności powoduje u studentów poczucie, iż pomoc dla osób z widoczną niepełnosprawnością przerasta ich kompetencje, a tym samym może być zbyt trudna. Jednak ci sami studenci deklarowali chęć pomocy osobom z niepełnosprawnością ruchową. Należy także podkreślić pozytywne aspekty studiowania pedagogiki z osobami z niepełnosprawnością. Studenci pełnosprawni, którzy posiadają w grupie taką osobę i utrzymują z nią stały kontakt (udzielają jej wsparcia w codziennych sytuacjach uczelnianych) mają bardziej pozytywną postawę wobec ogółu osób z niepełnosprawnością, niż pozostali studenci pełnosprawni (A. Bujnowska, 2009, s. 166).

Badania przeprowadzone wśród studentów z niepełnosprawnością w zakresie określenia związku pomiędzy stresem finansowym a wsparciem społecznym wykazały, że wysoki poziom wsparcia społecznego pełnił rolę bufora wobec wpływu stresu finansowego na efektywność studiowania. Wyniki badań potwierdziły również, że stres finansowy miał negatywny wpływ na percepcję wsparcia na uczelni, gdy studenci z niepełnosprawnością mieli niski poziom zadowolenia ze wsparcia społecznego (Ch. Murray i in., 2013, s. 290).

Przedstawione trudności w zakresie otrzymywania przez studentów z niepełnosprawnością wsparcia są niepokojące, ponieważ mniejsze wsparcie oznacza wyższy poziom lęku, większe obciążenie psychofizyczne, również w sytuacjach codziennych. Jednostka z niepełnosprawnością stosuje wtedy emocjonalny styl radzenia

sobie, a także mechanizmy obronne (S. Byra, M. Parchomiuk, 2005, s. 75). Dlatego badacze (m.in. M. J. Coiro, A. H. Bettis, B. E. Compas, 2017, s. 183) wskazują na konieczność nauczenia studentów umiejętności radzenia sobie, co w konsekwencji może przyczynić się do wzmacniania ich zdrowia psychicznego poprzez większą zdolność do radzenia sobie z symptomami depresji, niepokoju i somatyzacji.

Przytoczone badania w zakresie zasobów radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością wskazują, że zadaniem środowiska akademickiego obok kształtowania kompetencji intelektualnych studentów z niepełnosprawnością jest również wzmacnianie ich zasobów radzenia sobie. Z badań przeprowadzonych nad studentami z niepełnosprawnością i osobami w okresie wczesnej dorosłości, w trakcie warsztatów rozwoju osobistego wynika, że studenci odznaczali się niskim poziomem świadomości posiadania zasobów, a tym samym mniejszymi możliwościami ich wykorzystania (P. Chlebowski, M. Bilewicz, 2016, s. 18). Nie jest to sytuacja korzystna, ponieważ od poziomu zasobów radzenia sobie zależy realizacja zadań rozwojowych, a tym samym wzrost dojrzałości studentów z niepełnosprawnością. Z kolei wzrost dojrzałości jest czynnikiem, który może ochronić przed wykluczeniem społecznym (K. Piotrowski, 2013, s. 145). Na obecnym etapie rozwoju życia społecznego niewystarczające są programy promujące integrację i akceptację społeczną. Konieczne są działania wspierające autonomię osób z niepełnosprawnością, która jest zakotwiczona w rozwijaniu ich zasobów (P. Chlebowski, M. Bilewicz, 2016, s. 24). Dzięki nim będą mogli oni pełniej i na równych prawach uczestniczyć w życiu akademickim rozwijając własną autonomię i podmiotowość.

Rozdział IV
Metodologiczne założenia badań własnych

4.1. Uzasadnienie podjętej problematyki

Z przeprowadzonych analiz teoretycznych wynika, że postrzeganie autonomii wśród studentów z niepełnosprawnością, jak również ich zasoby radzenia sobie stanowią ważny obszar badawczy. Jest on zgodny z biopsychospołecznym modelem niepełnosprawności, który prezentuje holistyczne podejście do niepełnosprawności, uwzględniające wszystkie wymiary jej doświadczania – cielesnego, psychicznego, kulturowego, społecznego, politycznego (M. Garbat, 2012, s. 25; A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wilmanowska-Pietruszyńska, 2015, s. 13; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 32). Model ten integruje zarówno perspektywę medyczną, jak i społeczną w rozumieniu niepełnosprawności, która powstaje w wyniku oddziaływania czynników biologicznych, osobistych i społecznych (Z. Urbanowicz, 2012, s. 444; S. Byra, M. Boczkowska, M. Duda, 2016, s. 16; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 33). Definicja niepełnosprawności zgodna z tym modelem brzmi następująco: „niepełnosprawność jest rezultatem luki między zasobami jednostki (zdolnościami i możliwościami) a oczekiwaniami oraz wymaganiami generowanymi przez środowisko fizyczne i społeczne osoby z ograniczoną sprawnością, co oznacza realne zagrożenie dla jej potencjału lub/i aktywności, powodowane wtórnie organizacją życia zbiorowego, którego struktura normatywna, organizacyjna i instytucjonalna nie zaspokaja potrzeb ludzi z niepełnosprawnością, co skutkuje utratą/ograniczeniem ich samodzielności życiowej i wykluczeniem z uczestnictwa w głównym nurcie życia społecznego" (Z. Woźniak, 2008, s. 108). W modelu biopsychospołecznym osoba z niepełnosprawnością nie jest już tylko osobą wymagającą opieki, ale jest ona członkiem społeczeństwa, który posiada prawa społeczne w takim samym stopniu, jak wszyscy inni obywatele (K. Czechowski, A. Wilmanowska-Pietruszyńska, 2016, s. 39). W tym kontekście tak istotne jest pytanie o autonomię studentów z niepełnosprawnością, ponieważ stanowi ona jeden z istotnych elementów ich podmiotowości (A. Oleszkowicz, A. Senejko, 2013, s. 159), której kształtowanie jest jednym z ogniw kształcenia akademickiego (M. Noga, S. Trusz, 2007, s. 66), stanowi o jakości życia (E. M. Minczakiewicz, 2012, s. 275; G. Dryżałowska, 2015, s. 44;

Sz. Godowa, 2017, s. 76), a także stwarza perspektywę na osiągnięcie pełnych szans życiowych przez osobę z niepełnosprawnością (W. Dykcik, 2002c, s. 51).

Proces edukacji wyższej osób z niepełnosprawnością ruchową przygotowuje studentów do pełnienia ról społecznych po zakończeniu edukacji, a jednocześnie wzmacnia rezultaty osiągnięte na wcześniejszych etapach kształcenia. Środowisko uczelnianie wpływa na osobowość studentów poprzez zachodzące w nim procesy socjalizacyjno-wychowawcze w postaci akademickiej, socjalizację wtórną młodzieży o różnym poziomie socjalizacji pierwotnej, a także przekaz wzorców kulturowych dla osób wywodzących się z różnych środowisk kulturowych (M. Marciniak, 2013, s. 264).

W literaturze przedmiotu problematyka kształcenia studentów z niepełnosprawnością koncentruje się wokół następujących zagadnień:

- dostępności studiów wyższych dla osób z niepełnosprawnością w Polsce (J. Sowa, 2002; M. Garbat, 2005; T. Cierpiałowska, 2008; A. Kowaluk, A. Bieganowska, 2010; J. Lipińska-Lokś, 2011; M. Kowalczyk, 2012; W. Dykcik, 2013; A. Rakowska, 2013; K. Gilga, 2015; M. Racław, 2015; E. Giermanowska, M. Racław, 2015; Rzecznik Praw Obywatelskich, 2015; E. Zakrzewska-Manterys, 2015; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018);
- studentów z niepełnosprawnością i dostosowania uczelni wyższych w różnych krajach na świecie m.in.: Afryka (S. Ntombela, 2013) Chiny (N. Xu, Y. Liu, 2019), Czechy (K. Samalova, 2013), Etiopia (D. Y. Oli, 2018), Hiszpania (A. Moriña i in., 2015), Irlandia (S. Martin, C. Griffiths, 2016), Japonia (H. Boeltzig-Brown, 2017), Turcja (A. Demirli, M. Türkman, R. S. Arik 2015);
- dostosowania poszczególnych uczelni wyższych do potrzeb studentów o różnych rodzajach niepełnosprawności (I. Białek, 2002; G. Czop-Śliwińska, 2002; B. Harań, R. Orłowska, K. Niedziałek 2002; A. Jankowska, 2002; A. Kobylańska, 2002; B. Marek, 2002; Z. Palak, 2002; D. Podgórska-Jachnik, 2002, A. Wandzel, 2002; P. Wdówik, 2002; M. Zaorska, 2002; M. Zborniak-Sobczyk, 2002; A. Izdebski, 2010; M. Garbat 2011b; B. Jachimczak, B. Olszewska, D. Podgórska-Jachnik 2011; K. Czarnecka, 2012; B. Szczupał, 2012; B. Tylewska-Nowak, R. Durda, 2013; T. Zacharuk, B. Gulati, 2009; T. Zacharuk, 2015);
- liczby i struktury studentów z niepełnosprawnością w kształceniu akademickim (M. Garbat, 2011a, I. Chrzanowska, 2013);

- aspektów aksjologicznych kształcenia osób z niepełnosprawnością na poziomie wyższym (W. Aasterup, 2002; B. Olszewska, 2009; J. Filek, 2012; G. Godawa, 2012; M. Duda, 2015; J. Filek, 2015);
- funkcjonowania psychospołecznego studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim (M. Czechowska-Bieluga, A. Tychmanowicz, 2008; T. Cierpiałowska 2009; S. Byra, 2010; S. Byra, M. Parchomiuk, 2010; E. Grudziewska, 2010; Z. Kazanowski, 2010; A. Lewicka, 2010a, 2010b; M. Parchomiuk, 2010; J. Lipińska-Lokś, 2011; R. Biernat, P. Jurkiewicz, M. Starzomska 2013; K. Osóbka, 2013);
- funkcjonowania studentów z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności:
a) niepełnosprawność wzroku (M. Czerwińska, 2011; H. Lubawy, 2013; M. Zaorska, 2013);
b) niepełnosprawność słuchu (A. Korzon, J. Sikorska, 1999; K. Krakowiak, Ł. Krakowiak, 2003; E. Domagała-Zyśk, 2010, 2013; A. Korzon, 2013; B. Krystkowiak, 2013);
c) niepełnosprawność ruchu (S. Byra, B. Mazur, 2005; S. Byra, M. Parchomiuk, 2005; S. Byra, B. Mazur-Szabała, 2006; M. Piega, 2014);
d) studenci z autyzmem (R. Stefańska-Klar, 2010; D. Otapowicz, M. Truszkowska, 2014);
e) studenci doświadczający kryzysów zdrowia psychicznego w środowisku akademickim (D. Nowak-Adamczyk 2014; D. Podgórska-Jachnik, T. Pietras, 2014; K. Skalska 2018);
- postaw społecznych wobec studentów z niepełnosprawnością (A. Nowicka, 2005; S. Byra, 2010; Z. Kazanowski, 2010; M. Kowaluk, A. Bieganowska, 2010; M. Buchnat, B. Tylewska-Nowak, 2013; E. Gorczycka, T. Kanasz, 2014; J. Basta, 2015; M. Piega, 2015);
- studentów i absolwentów z niepełnosprawnością w kontekście rynku pracy (G. Miłkowska, 2005; G. Dryżałowska, H. Żuraw, 2006; A. Anacik, A. Otręba, 2010; M. Czechowska-Bieluga, A. Dudak, 2010; M. Garbat 2010; H. Ochonczenko, 2010; P. Wolski, 2010; M. A. Paszkowicz, 2010; E. Sarzyńska, 2010; B. Gąciarz, 2010; M. Struck-Peregończyk, 2010; T. Cierpiałowska 2011; P. Rozmus, 2012; E. Giermanowska, 2015; J. Kołota, 2015; E. Mynarska, 2015);
- jakości życia studentów z niepełnosprawnością (I. Cytlak, 2009; G. Brzuzy, 2012; K. Skalska, 2015b).

Przedstawiona problematyka w zakresie funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością wskazuje na pogłębione analizy przeprowadzone w zakresie ich edukacji wyższej, szczególnie w tematyce tworzenia dostępnego środowiska akademickiego, ale również dostępności poszczególnych uczelni. Pokazuje ona także szeroki zakres problemów, od których podjęcia zależy faktyczna pomoc osobom o różnych rodzajach niepełnosprawności w zdobyciu wykształcenia na poziomie wyższym. Prowadzone analizy mają wartość poznawczą w zakresie funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością o różnych rodzajach dysfunkcji, ale również przedstawiają działania o charakterze praktycznym, których celem jest wyrównywanie szans edukacyjnych.

Jednak wciąż w literaturze przedmiotu nie została podjęta problematyka autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową. Samostanowienie i samorealizacja są celem kształcenia osób z niepełnosprawnością na każdym etapie edukacji, ponieważ nadmierna ingerencja osób pełnosprawnych w proces socjalizacji osób z niepełnosprawnością może prowadzić do bierności, bezradności i podporządkowania standardom pełnosprawnej większości (M. Pachowicz, 2013, s. 338). Samodzielność studentów jest traktowana jako warunek studiowania, w zakresie indywidualnego zaangażowania, a także samodzielnej pracy w zakresie zdobywania wiedzy, która jest wyrazem podmiotowości studentów (M. Noga, S. Trusz, 2007, s. 66). Dodatkowo dla osoby z niepełnosprawnością studia wyższe są ważnym etapem w osiąganiu własnej autonomii (M. Bełza, I. Fajfer-Kruczek, 2011, s. 401). Jednak na podstawie przeprowadzonych badań przez E. M. Minczakiewicz (2012, s. 283) młodzież akademicka z niepełnosprawnością deklaruje, że autonomia jest dla niej ważna, ale nie potrafi do końca sprecyzować, na czym konkretnie w jej życiu polega.

Natomiast T. Cierpiałowska (2008, s. 499) i A. Mikrut (2013, s. 48) wskazują, że rozwijanie podmiotowości studentów z niepełnosprawnością jest celem edukacji i tworzonego systemu wsparcia. Autonomia jest warunkiem rozwijania podmiotowości studentów z niepełnosprawnością, ale również innych celów kształcenia na poziomie wyższym: dojrzałości (T. Cierpiałowska, 2009, s. 19), zmian w różnych obszarach rozwoju kompetencji (A. Brzezińska, 2000, s. 78), a szczególnie w zakresie kompetencji społecznych i życiowych (W. Zuziak, 2015, s. 63), wielostronnego rozwoju, który jest dopełniony samodzielnością poznawczą, emocjonalną, moralną i społeczną (A. Krajewska, 2004, s. 151), przygotowania do samorozwoju

(F. Bereźnicki, 2009, s. 43), kształtowania ludzi, którzy są w stanie postrzegać siebie i innych jako równych sobie (M. C. Nussbaum, 2008, s. 88).

Badacze nie skoncentrowali się wprost na autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową, choć w literaturze przedmiotu można znaleźć zagadnienia, które się z nią wiążą, np. podmiotowość studentów z niepełnosprawnością (A. Mikrut, 2013), samostanowienie i integracja społeczno-zawodowa (B. Szczupał, 2015), przygotowanie do samodzielności (K. Wojtanowicz, 2015), a także autonomia w kontekście uczenia się (D. Otapowicz, P. Goryń, M. Truszkowska, 2014). Wciąż jest za mało badań w zakresie funkcjonowania, w tym autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową. T. Cierpiałowska (2009, s. 72) i N. W. Gelbar oraz współpracownicy (2015, s. 25) podkreślają, że poznanie potrzeb tej grupy studentów przyczyni się do poprawy ich warunków studiowania. Pomimo, że studenci z niepełnosprawnością ruchową nie doświadczają trudności związanych z przyswojeniem wiedzy akademickiej, to jednak są narażeni na specyficzne problemy związane z procesem studiowania (T. Cierpiałowska, 2009, s. 73). W przypadku niepełnosprawności ruchowej osoba ciągle narażona jest na konfrontację z układem czynników środowiska życia, który może prowadzić do odczuwania stresu w fizycznym, psychicznym i społecznym funkcjonowaniu (M. Parchomiuk, 2010, s. 16). Tym samym nadmierna eksploatacja zasobów może być przeszkodą w rozwinięciu u studentów z niepełnosprawnością ruchową poczucia autonomii.

Również badania nad zasobami radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością (np.: S. Byra, 2010; M. Parchomiuk, 2010) nie były prowadzone w kontekście autonomii, a bardziej funkcjonowania w środowisku akademickim, czy radzenia sobie ze stresem. Samo zagadnienie autonomii było badane wśród dorosłych osób z niepełnosprawnością ruchową (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002; A. Sibley i in., 2006; D. Van de Velde i in., 2008; E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018), nie zaś wśród studentów, którzy po zakończeniu studiów aspirują do podejmowania zadań o istotnym znaczeniu społecznym (E. Giermanowska, 2015, s. 92).

W podjętym projekcie badawczym autonomia studentów z niepełnosprawnością jest rozumiana jako samodzielność w wykonaniu zadań, podejmowaniu ról społecznych, w których jednostka z niepełnosprawnością ujawnia potrzebę samostanowienia i podejmowania decyzji. Osoba autonomiczna podejmuje autonomiczną aktywność, która nie jest wymuszona przez otoczenie, a wypływa

z indywidualnych cech osobowościowych, potrzeb sytuacyjno-decyzyjnych określających subiektywne możliwości samookreślenia się, a także posiada właściwości intencjonalne i autokreacyjne (W. Dykcik, 2002d, s. 360). Autonomia osoby jest zaś definiowana jako zdolność człowieka do formułowania planów i celów, ich realizacji i podejmowania decyzji do działania. Tym samym M. Cardol, B. A. de Jong i C. D. Ward, (2002, s. 972) wyodrębniają autonomię wykonawczą jako zdolność do działania oraz autonomię decyzyjną rozumianą w kategorii zdolności do podejmowania decyzji.

Postrzeganie autonomii jest definiowane jako subiektywny wgląd w konsekwencje choroby lub niepełnosprawność osoby, która je przeżywa. Jest to ocena własnego funkcjonowania, przeprowadzona w zakresie uczestnictwa społecznego. Może się ona różnić od oceny specjalistów i innych osób, które mają kontakt z osobą z niepełnosprawnością (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971). W zaprojektowanym badaniu analizie zostanie poddane postrzeganie autonomii przez studentów z niepełnosprawnością ruchową.

W oparciu o przegląd literatury przedmiotu, a także znaczenie postrzegania autonomii dla edukacji wyższej osób z niepełnosprawnością ruchową został sformułowany cel badań. Natomiast na jego podstawie zostały postawione pytania badawcze, a także sformułowane hipotezy.

4.2. Cel badań, problemy badawcze i hipotezy

Zgodnie z literaturą metodologiczną z zakresu projektowania badań naukowych cel badań zawiera główną ideę pracy badawczej. Następnie idea ta wyłania się z problemu badawczego, a konkretyzuje się w pytaniach badawczych (J. Brzeziński, 2003, s. 217; J. W. Creswell, 2013, s. 135). Poprawnie sformułowany problem badawczy ma spełniać następujące warunki: określać zakres niewiedzy w temacie badań, zawierać wszystkie generalne zależności między zmiennymi, rozstrzygalności empirycznej oraz posiadać wartość praktyczną (T. Pilch, 1995, s. 25).

Na podstawie zaprezentowanych wcześniej rozważań teoretycznych i wskazań metodologicznych został sformułowany cel badawczy rozprawy, który jest następujący: określenie charakteru zależności między postrzeganiem własnej autonomii a zasobami radzenia sobie u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Cel badań zostanie zrealizowany w rezultacie odpowiedzi na główny problem badawczy oraz pytania badawcze szczegółowe.
Główny problem badawczy brzmi:

Czy istnieje, a jeśli tak, to jaka jest zależność między postrzeganiem własnej autonomii a zasobami radzenia sobie u studentów z niepełnosprawnością ruchową?

Sformułowano także szczegółowe pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom postrzeganej autonomii u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową?
2. Jaki jest poziom postrzeganej autonomii u badanych w zależności od zmiennych demograficznych i zmiennych odnoszących się do niepełnosprawności?
3. Jakie strategie radzenia sobie stosują badani studenci z niepełnosprawnością ruchową?
4. Jaki jest poziom uwzględnionych zasobów radzenia sobie (samooceny, przekonania o własnej skuteczności, nadziei podstawowej, wsparcia społecznego) u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową?
5. Jaka jest korelacja pomiędzy radzeniem sobie i zasobami radzenia (samooceny, przekonania o własnej skuteczności, nadziei podstawowej, wsparcia społecznego) a postrzeganiem autonomii u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową?
6. Który zasób radzenia sobie ma największy wkład w wyjaśnienie postrzegania autonomii i najsilniej z nią koreluje u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową?
7. Czy, a jeśli tak, to w jakim stopniu akceptacja niepełnosprawności różnicuje charakter powiązań między radzeniem sobie i zasobami radzenia a postrzeganiem własnej autonomii u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową?
8. Czy, a jeśli tak, to w jakim zakresie rodzaj niepełnosprawności ruchowej (wrodzonej i nabytej) różnicuje poziom uwzględnionych zmiennych i charakter zależności miedzy nimi u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową?

Do sformułowanych pytań badawczych zostały postawione hipotezy. Hipotezy są zdaniami wyprowadzonymi z teorii, odnoszą się one do warunków empirycznych i pozwalają na zweryfikowanie twierdzeń teoretycznych. To właśnie hipoteza określa warunki, w których twierdzenia teoretyczne mogą zostać zweryfikowane w świecie empirycznym (K. Rubacha, 2008, s. 99, D. Urbaniak-Zając, 2013, s. 35). Określa ona

zachodzące relacje pomiędzy zmiennymi, ponieważ wskazuje zmienne niezależne istotne dla badanej zmiennej zależnej, stopień ich istotności, a także związek pomiędzy zmiennymi niezależnymi. Hipoteza w takim rozumieniu pozwala na poszukiwanie regularności, która wyjaśnia istniejące stany rzeczy, oraz pozwala na przewidywanie stanów przyszłych (D. Urbaniak-Zając, 2009, s. 11).

Poprawnie sformułowana hipoteza powinna spełniać następujące warunki:

- jest możliwa do zweryfikowania zgodnie ze współczesną metodologią badań pedagogicznych,
- opisuje związek pomiędzy zmiennymi, które można zbadać,
- jest przypuszczeniem, które jest wysoce prawdopodobne, ponieważ posiada uzasadnienie we współczesnym dorobku naukowym,
- jest wnioskiem z dotychczasowych obserwacji i doświadczeń badacza,
- jest wyrażona w sposób jednoznaczny i możliwie uszczegółowiony (M. Łobocki, 2011, s. 27).

Do pytań badawczych o charakterze diagnostycznym nie zostały sformułowane hipotezy badawcze, ponieważ mogłyby one wpłynąć na końcowy wynik prowadzonych badań (M. Łobocki, 2011, s. 28).

W oparciu o przytoczone wytyczne metodologiczne w prezentowanym projekcie badawczym zostały postawione następujące hipotezy do problemów badawczych o charakterze zależnościowym.

Hipoteza I: Istnieje istotna zależność między strategiami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Obecny stan wiedzy wskazuje na istnienie powiązań pomiędzy radzeniem sobie a postrzeganiem autonomii u osób z niepełnosprawnością ruchową (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971; E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018, s. 20). Zdolność do radzenia sobie jednostki w sytuacji ograniczenia jej samodzielności pełni znaczącą rolę w podtrzymywaniu jej autonomii. Postrzeganie autonomii przez studentów z niepełnosprawnością ruchową uzależnione jest od radzenia sobie w wymagającym środowisku akademickim (S. M. Smedema i in, 2015, s. 342). Ustalenia empiryczne potwierdzają, że adaptacyjne radzenie sobie, czyli aktywne, zaangażowane, oparte na podejściu zadaniowym, skoncentrowane na problemie przyczynia się do konstruktywnego pokonywania trudności (S. Byra, 2012, s. 94),

co w konsekwencji przyczynia się do wyższej oceny własnej autonomii. Natomiast studenci wykorzystujący nieadaptacyjne strategie radzenia sobie, które utrudniają podjęcie i zaplanowanie racjonalnych działań, ponieważ towarzyszą im silne negatywne emocje (S. Byra, M. Parchomiuk, 2007, s. 11) będą oceniać niżej własną autonomię.

Na tej podstawie, można wnosić o znaczącej roli stosowanej strategii radzenia sobie ze stresem dla wyjaśnienia postrzegania autonomii przez studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Hipoteza II: Istnieje pozytywna zależność pomiędzy samooceną a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Na podstawie literatury przedmiotu szczególne znaczenie dla autonomii osób z niepełnosprawnością ma samoocena, która wiąże się z kształtowaniem autonomicznej osobowości (J. Skibska, 2012, s. 90), stymulowaniem aktywności kompensacyjnej (B. Szychowiak, 2003, s. 212) oraz jest związana z wykonywaniem różnych ról społecznych (G. Dryżałowska, 2015, s. 56). Samoocena pełni więc rolę regulacyjną w funkcjonowaniu jednostki, a szczególnie od jej poziomu zależy zdolność do podejmowania nowych zadań, a także wysiłku wkładanego w ich wykonywanie (B. Wojciszke, 2010, s. 148).

Natomiast postrzeganie autonomii przez osoby z niepełnosprawnością ruchową jest oceną własnego życia w jego różnych wymiarach. Ocena ta ma wymiar subiektywny i może znacząco różnić się od oceny innych osób (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971). Można zatem przypuszczać o pozytywnej zależności pomiędzy postrzeganiem autonomii a samooceną u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Hipoteza III: Istnieje pozytywna zależność pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Zasobem radzenia sobie, który jest związany z postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością jest przekonanie o własnej skuteczności w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Stanowi ono jądro przekonań dotyczących własnego sprawstwa i zdolności do działania (A. Łuszczyńska, R. Schwarzer, 2008, s. 47), wpływa więc na wewnątrzsterowność osoby odnosząc się zarówno do działań

codziennych, jak i podejmowania zadań o charakterze przełomowym (H. Ochonczenko, 2010, s. 217).

Osoby z niepełnosprawnością ruchową ze względu na ograniczenia konfrontują się w codziennym życiu z barierami, które mogą znacznie ograniczyć ich autonomię zarówno decyzyjną, jak i wykonawczą. By autonomia decyzyjna mogła być zrealizowana przez osobę z niepełnosprawnością konieczna jest odpowiednia kondycja fizyczna, a także psychiczna (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 972). To właśnie poczucie własnej skuteczności jest obecne na każdym etapie celowego działania, od momentu jego wyznaczenia aż do zakończenia. Poziom poczucia własnej skuteczności wpływa na przeżywane emocje pozytywne lub negatywne w sytuacjach, które są postrzegane jako wyzwanie, zdolność do podejmowania działań korzystnych dla własnej osoby i rozwoju, a także postrzeganie trudności (R. Kościelak, 2010). Poczucie własnej skuteczności ma istotne znaczenie w funkcjonowaniu osób z niepełnosprawnością ruchową, co zostało potwierdzone w badaniach empirycznych (S. Byra, 2011, s. 127; S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 5). Na podstawie tych informacji można przypuszczać o pozytywnej zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Zatem silniejsze przekonania na temat własnej skuteczności, efektywności w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych będą sprzyjać wyższej ocenie własnej autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Hipoteza IV: Istnieje pozytywna zależność pomiędzy nadzieją podstawową a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Postrzeganie autonomii studentów z niepełnosprawnością może wykazywać również powiązanie z nadzieją podstawową, która pozostaje w relacji z adaptacyjnymi sposobami radzenia sobie, oddziaływując także na konstruktywne zmiany w funkcjonowaniu jednostki (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 5).

Osoby z niepełnosprawnością narażone są na ciągłą konfrontację z barierami środowiskowymi, ekonomicznymi i społecznymi, zaś nadzieja podstawowa pełni rolę predyktora konstruktywnego radzenia sobie ze stresem, ponieważ zwiększa ona adaptacyjność bezpośredniej reakcji na stres (J. Terelak, 2017, s. 410). M. Cardol, B. A. de Jong i C. D. Ward (2002, s. 972) zwracają uwagę, że zbyt często ograniczenia fizyczne powodują obniżenie oczekiwań osoby z niepełnosprawnością,

co w konsekwencji przyczynia się do trudności w zakresie określenia autonomii decyzyjnej. Dlatego nadzieja podstawowa jako zasób radzenia sobie, który wyraża przekonanie jednostki, że świat jest sensowny i uporządkowany, a także przychylny ludziom (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 6) może wspomagać autonomię decyzyjną.

W świetle tych rozważań można postawić hipotezę, że istnieje pozytywna zależność pomiędzy nadzieją podstawową a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową. Oznacza to zatem, że przy silniejszych przekonaniach składających się na nadzieję podstawową, można oczekiwać wyższych wyników w postrzeganiu autonomii.

Hipoteza V: Istnieje pozytywna zależność pomiędzy wsparciem społecznym a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Na ważne znaczenie tego zasobu w radzeniu sobie z sytuacją niepełnosprawności wskazuje S. Byra (2014, s. 827). Szczególną rolę w postrzeganiu autonomii ma wsparcie społeczne, którego poziom powinien być optymalny dla osoby z niepełnosprawnością, ponieważ jego zbyt wysokie lub niskie natężenie prowadzi do ograniczenia autonomii. Zbyt wysokie natężenie wsparcia społecznego wiąże się z brakiem motywacji do poszukiwania własnych rozwiązań, utratą zdolności do samodzielnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a w konsekwencji do kształtowania postawy bezradności (A. Zamkowska, 2012, s. 255). Natomiast zbyt niskie natężenie wsparcia wzmaga koncentrację na wymaganiach innych osób wobec siebie i podejmowaniu działań wbrew sobie, które mają na celu zaspokojenie potrzeb otoczenia (P. Majewicz, 2010, s. 231). Od adekwatnego poziomu wsparcia studentów z niepełnosprawnością ruchową zależy również ich uczestnictwo w środowisku akademickim oraz prawidłowe wypełnianie roli studenta, co w konsekwencji przekłada się na realizację własnej autonomii, a tym samym na jej postrzeganie (S. Byra, 2010, s. 34).

Na podstawie niniejszych rozważań można postawić hipotezę o pozytywnej zależności pomiędzy wsparciem społecznym a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Do problemu badawczego uwzgledniającego pośredniczące znaczenie akceptacji niepełnosprawności wysunięto następującą hipotezę:

Hipoteza VI: Akceptacja niepełnosprawności różnicuje charakter zależności między zasobami radzenia sobie a postrzeganiem własnej autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Analiza literatury przedmiotu pozwala przypuszczać, iż akceptacja niepełnosprawności może kształtować strukturę zależności między uwzględnionymi zmiennymi, której poziom wiąże się z oceną sytuacji, a także sposobem przeżywania doświadczeń wynikających z ograniczenia sprawności (M. Parchomiuk, 2010, s. 22; S. Byra, 2017a, s. 32), zaś A. Mikrut (2013, s. 47) podkreśla, że istnieje zależność pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a autonomią. Od subiektywnej oceny niepełnosprawności zależy, na ile osoba oceni własną sytuację jako możliwość autonomicznej aktywności czy wręcz przeciwnie jako wynik losowych prawidłowości (G. Bręczewski, 2018, s. 30). Założenia te potwierdzają badania nad osobami z niepełnosprawnością wskazujące, że zmiany w zakresie osobowości osób z niepełnosprawnością nabytą nie zależą od rodzaju niepełnosprawności, ale od wcześniej ukształtowanej osobowości (S. Kowalik, 2007, s. 56).

Zasoby radzenia sobie przyczyniają się nie tylko do ograniczenia negatywnych konsekwencji różnych doświadczeń, ale sprzyjają pojawieniu się zmian wzrostowych, wyższemu poczuciu dobrostanu psychicznego, zwłaszcza w obszarze emocjonalnym, a także lepszym wskaźnikom zdrowia fizycznego (N. Ogińska-Bulik, 2013, s. 77).

Na podstawie tych informacji można postawić hipotezę, że akceptacja niepełnosprawności będzie różnicować charakter zależności między zasobami radzenia sobie i postrzeganiem własnej autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Hipoteza VII: Rodzaj niepełnosprawności (wrodzona, nabyta) różnicuje poziom uwzględnionych zmiennych i charakter zależności miedzy nimi u studentów z niepełnosprawnością ruchową

Literatura przedmiotu dowodzi różnic w psychospołecznym funkcjonowaniu osób z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością ruchową (np. S. Kowalik, 2007, s. 56, 2018, s. 111; B. Szczupał, 2009, s. 167; P. Majewicz, 2012, s. 179). Akcentowane zróżnicowanie zaznacza się m. in. w akceptacji niepełnosprawności, reakcjach

przystosowawczych, sposobach reagowania na sytuacje trudne (S. Kowalik, 2007, s. 72). Zwraca się uwagę na to, że osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchową, zwłaszcza w późniejszych okresach życia, mogą przeżywać traumatyczne doświadczenia w przystosowywaniu się do pełnienia poszczególnych ról życiowych, po zmianach związanych z nabyciem trwałych uszkodzeń narządu ruchu (S. Byra, 2012, s. 75). Z kolei osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową mogą stale wydatkować posiadane zasoby, co wraz z biegiem czasu skutkuje uszczupleniem potencjału, który byłby możliwy do wykorzystania w realizacji wartościowych i różnych celów życiowych (S. Kowalik, 2018, s. 109). Zatem można przypuszczać, że rodzaj niepełnosprawności (wrodzona, nabyta) u studentów może mieć istotne znaczenie dla nasilenia poszczególnych zasobów radzenia sobie, preferowanych sposobów zaradczych, a także postrzeganej autonomii. Prawdopodobne jest również to, że rodzaj doświadczanej niepełnosprawności będzie różnicował charakter zależności między radzeniem sobie i zasobami radzenia a postrzeganiem autonomii u studentów z uszkodzeniem narządu ruchu.

4.3. Zmienne i wskaźniki

Problemy badawcze i hipotezy są uszczegółowione poprzez zmienne i wskaźniki. Zmienna jest definiowana jako „zbiór wartości, jaki przyjmuje dany obiekt w populacji do której należy” (K. Rubacha, 2008, s. 42). Poprawnie sformułowana zmienna posiada dwie cechy, które świadczą o jej poprawności: wartości zmiennej powinny być rozłączne, tym samym nie mogą mieć części wspólnej oraz wyczerpują wszystkie warianty zmiennej występujące w danej populacji (K. Rubacha, 2008, s. 42). W przypadku zmiennych ważnych dla podjętego projektu badawczego istotny jest podział na:

- zmienną zależną, która jest definiowana jako oczekiwane skutki zmiennych niezależnych (J. Brzeziński, 2003, s. 189) lub następstwa różnych psychospołecznych uwarunkowań pożądanego lub niepożądanego rozwoju osób objętych badaniami (M. Łobocki, 2011, s. 34),
- zmienne niezależne, które wywołują określony skutek, mają wpływ na wynik badania albo wiążą się z określonymi zjawiskami, cechami modyfikującymi (J. Brzeziński, 2003, s. 190; J. W. Creswell, 2013, s. 74).

Należy również uwzględnić znaczenie zmiennych pośredniczących (interweniujących), które występują pomiędzy zmienną zależną a zmiennymi niezależnymi, a tym samym pośredniczą we współzależności zmiennych (M. Łobocki, 2011, s. 35).

W podjętym projekcie badawczym by zrealizować założony cel badań przyjęto następujące zmienne:

Zmienna zależna: postrzeganie własnej autonomii

Zmienne niezależne: radzenie sobie i zasoby radzenia

Zmienne niezależne obejmują zasoby radzenia sobie, których analiza konotacyjnie związana jest z radzeniem sobie. Biorąc pod uwagę kontekstualny wymiar sytuacji trudnych związanych z niepełnosprawnością ruchową (S. Kowalik, 2007, s. 63), zostanie uwzględnione radzenie sytuacyjne w postaci strategii radzenia sobie.

Zasoby radzenia sobie: a) wewnętrzne (samoocena, przekonanie o własnej skuteczności, nadzieja podstawowa); b) zewnętrzne (wsparcie społeczne).

Zmienna pośrednicząca: akceptacja niepełnosprawności

Nie można w poprawny sposób przeprowadzić postępowania badawczego bez charakterystyki zmiennych, które są konstruktem hipotetycznym bez odwołania się do wskaźników. Dzięki wskaźnikom badania nabierają empirycznego sensu, a także spełniają kryterium trafności i rzetelności (M. Łobocki, 2011, s. 36). W tabeli nr 1 znajduje się zestawienie zmiennych wraz ze wskaźnikami, a także zastosowanymi narzędziami badawczymi.

Tab. 1. *Zestawienie zmiennych, wskaźników i narzędzi badawczych*

Badana zmienna	Wskaźniki	Narzędzie badawcze
Postrzeganie autonomii (zmienna zależna)	Autonomia mobilności, Autonomia pielęgnacji własnej, Autonomia w rodzinie, Autonomia finansowa, Autonomia spędzania czasu wolnego, Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne, Praca zawodowa i nauka, Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie	Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) w opracowaniu S. Byry i M. Dudy
Strategie radzenia sobie (zmienna niezależna)	Aktywne radzenie sobie Planowanie Pozytywne przewartościowanie problemu Akceptacja Poczucie humoru Zwrot ku religii	Mini-Cope - Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem C. S. Carvera w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego,

Badana zmienna	Wskaźniki	Narzędzie badawcze
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego Czynności zastępcze Zaprzeczanie Wyładowanie Zażywanie środków psychoaktywnych Zaprzestanie działań Obwinianie siebie	N. Ogińskiej-Bulik
Samoocena (zmienna niezależna)	Samoakceptacja Poczucie kompetencji Wynik ogólny	Skala odczuć wobec własnej osoby i poczucia kompetencji (SLCS-R) R. W. Tafarodi, W. B. Swann w polskiej adaptacji M. Szpitalak i R. Polczyk
Przekonanie o własnej skuteczności (zmienna niezależna)	Uogólnione przekonanie o radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi i przeszkodami	Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Szwarzera, M. Jerusalema w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego
Nadzieja podstawowa (zmienna niezależna)	Ogólny wynik nadziei podstawowej Przekonania na temat przychylności świata, jego uporządkowania i przewidywalności	Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) J. Trzebińskiego i M. Zięby
Wsparcie społeczne (zmienna niezależna)	Otrzymywane wsparcie społeczne od: rodziców, rodzeństwa, innych krewnych, kolegów z uczelni, kolegów z osiedla, sąsiadów, nauczycieli, osób obcych; Wsparcie informacyjne Wsparcie instrumentalne Wsparcie wartościujące Wsparcie emocjonalne Ogólny wynik wsparcia	Skala Wsparcia Społecznego (SWS) K. Kmiecik-Baran
Akceptacja własnej niepełnosprawności (zmienna pośrednicząca)	Wymiary akceptacji własnej niepełnosprawności: Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości Poszerzenie zakresu wartości Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe Ograniczenie skutków niepełnosprawności	Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) J. M. Ferrin, F. Chan, J. Chronister, C. Y. Chiu w polskiej adaptacji S. Byry

W zaprojektowanych badaniach kontrolowano również znaczenie zmiennych socjodemograficznych i związanych z niepełnosprawnością dla natężenia postrzeganej autonomii u badanych studentów z niepełnosprawnością.

Kolejnym etapem realizacji projektu badawczego jest dobór odpowiednich narzędzi badawczych, za pomocą których w sposób trafny, rzetelny i obiektywny zostanie przeprowadzona weryfikacja przyjętych hipotez badawczych (M. Łobocki, 2011, s. 40).

4.4. Metoda badań, techniki i narzędzia badawcze

Zebranie materiału empirycznego zgodnego z celem projektu badawczego zorientowanego na określenie charakteru zależności między postrzeganiem własnej autonomii a zasobami radzenia sobie u studentów z niepełnosprawnością ruchową odbyło się metodą sondażu diagnostycznego, który dostarcza liczbowego opisu tendencji, postaw lub opinii występujących w populacji na podstawie wyłonionej z niej próby (J. W. Creswell, 2013, s. 161). Wybrana metoda badań spełniała założenia wynikające zarówno z przesłanek teoretycznych takich jak konieczność wykorzystania narzędzi badawczych spełniających kryterium trafności, rzetelności i obiektywności, jak również przesłanek praktycznych związanych z potrzebą dotarcia do populacji studentów z niepełnosprawnością ruchową studiujących w ośrodkach akademickich na terenie całego kraju.

Natomiast techniką badawczą było ankietowanie, które jest metodą zbierania danych ilościowych, polegającą na zorganizowanym zadawaniu pytań osobom badanym, zamieszczonych w kwestionariuszach. Pytania, wraz z wariantami odpowiedzi stanowią poszczególne pozycje kwestionariusza (K. Rubacha, 2008, s. 173).

W realizacji projektu badawczego wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

1) Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) w opracowaniu S. Byry i M. Dudy;
2) Mini-Cope - Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem C. S. Carvera w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego, N. Ogińskiej-Bulik;
3) Skala odczuć wobec własnej osoby i poczucia kompetencji (SLCS-R) R. W. Tafarodi, W. B. Swann w polskiej adaptacji M. Szpitalak i R. Polczyk;
4) Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Szwarzera, M. Jerusalema w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego;
5) Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) J. Trzebińskiego i M. Zięby;
6) Skala Wsparcia Społecznego (SWS) K. Kmiecik-Baran;
7) Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) (J. M. Ferrin, F. Chan, J. Chronister, C. Y. Chiu) polska adaptacja S. Byra;
8) Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) w opracowaniu S. Byry i M. Dudy

Kwestionariusz jest adaptacją holenderskiego narzędzia o nazwie *Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA)* służącego do pomiaru wpływu niepełnosprawności na autonomię i uczestnictwo osoby z ograniczoną sprawnością ruchową. Głównym celem kwestionariusza jest poznanie subiektywnej oceny własnego życia dokonaną przez osobę z niepełnosprawnością, która może się różnić od opinii i diagnoz osób trzecich (M. Cardol i in., 2002, s. 1524). Narzędzie wydaje się mieć charakter uniwersalny na co wskazują jego adaptacje w krajach o różnych uwarunkowaniach kulturowych m.in.: Anglii (A. Sibley i in., 2006), Szwecji (M. Larsson-Lund i in., 2007), Tajlandii (J. Suttiwong i in., 2013), Chinach (L. Li i in., 2018), a także Polsce (S. Byra, M. Duda, 2019b).

Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) obejmuje 5 podskal: Autonomia w domu (AD – 7 itemów), Autonomia poza domem (APD – 5 itemów), Relacje społeczne (AREL – 7 itemów), Rola w rodzinie (ARODZ – 7 itemów) oraz Praca i edukacja (APE – 6 itemów). Badany udziela odpowiedzi na 5-punktowej skali (0 – bardzo duże ograniczenia; 4 – bardzo małe ograniczenia). W realizacji niniejszego projektu badawczego wykorzystano szczegółowe kategorie składające się na Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA): Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC) (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 1527, S. Byra, M. Duda, 2019b, s. 110).

Wskaźniki rzetelności alfa Cronbacha obliczone dla poszczególnych podskal kształtują się na poziomie od 0,87 d 0,96 (S. Byra, M. Duda, 2019b, s. 115).

Mini-Cope - Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem C. S. Carvera w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego, N. Ogińskiej-Bulik

Mini-Cope – Inwentarz do Pomiaru radzenia sobie ze stresem jest przeznaczony do badania strategii radzenia sobie. Składa się on z 28 pytań, wśród których są po dwa pytania odnoszące się do 14 strategii radzenia sobie. Narzędzie służy przede wszystkim do pomiaru dyspozycyjnego radzenia sobie, czyli typowego sposobu reagowania

i odczuwania w sytuacjach silnego stresu. Jest on przeznaczony do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych, jak i chorych. Wypełnienie kwestionariusza zajmuje około 10 minut. Właściwości psychometryczne testu: rzetelność połówkowa uzyskała wskaźnik 0,86 i wskaźnik Guttmana 0, 087 (Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik, 2009, s. 47).

Skala odczuć wobec własnej osoby i poczucia kompetencji (SLCS-R) R. W. Tafarodi, W. B. Swann w polskiej adaptacji M. Szpitalak i R. Polczyk

Skala powstała w wyniku dostrzeżenia przez środowisko psychologów, że samoocena nie jest nieoddzielnym, jednowymiarowym konstruktem. R. W. Tafarodi i W. B. Swann (1995 za: M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 67) twierdzą, że ocena własnej osoby odbywa się w dwóch wymiarach: akceptowalna/nieakceptowalna (społeczne poczucie wartości) oraz silna/słaba (poczucie kompetencji). Pierwszy wymiar zależy od jakości stosunków społecznych jednostki. Społeczne poczucie wartości jest definiowane jako afektywny sąd na własny temat, wyrażający się w aprobacie lub dezaprobacie, zgodny z uwewnętrznionymi społecznymi wartościami. Natomiast poczucie kompetencji jest definiowane jako przekonanie, że jest się jednostką zdolną, efektywną mającą poczucie sprawstwa i kontroli (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 68). Kwestionariusz SLCS, a następnie SLCS-R zostały stworzone by ujmować samoocenę dwuwymiarowo, w zakresie samoakceptacji i poczucia kompetencji.

Kwestionariusz SLCS-R zawiera 16 stwierdzeń (wszystkie pytania są diagnostyczne) z pięciostopniową skalą odpowiedzi („1” zdecydowanie się nie zgadzam”, zaś „5” zdecydowanie się zgadzam”). Jest on przeznaczony dla osób w wieku od 11 do 89 lat. Czas badania wynosi około 5 minut (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 122).

Rzetelność polskiej adaptacji testu została sprawdzona współczynnikiem spójności wewnętrznej alfa Cronbacha, który dla testu wynosi 0,88 (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 122).

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Szwarzera, M. Jerusalema w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego

Skala powstała w oparciu o koncepcję spostrzegania własnej skuteczności stworzoną przez A. Bandurę. Kwestionariusz mierzy uogólnione przekonanie o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Mogą nim być badane zarówno zdrowe, jak i chore osoby dorosłe. Polska adaptacja testu została oparta na angielskiej wersji kwestionariusza.

Skala składa się z 10 pytań (Z. Juczyński, 2000, s. 16). Zaletą skali jest krótki czas jej wypełnienia, nieprzekraczający 2-3 minut. Na każde pytanie badany ma do wyboru 4 warianty odpowiedzi od „nie" (1 punkt) do „tak" (4 punktu). W wyniku zsumowania wszystkich udzielonych odpowiedzi powstaje uogólniony wskaźnik własnej skuteczności. Kwestionariusz jest przeznaczony do badania osób dorosłych. Rzetelność narzędzia na podstawie współczynnika alfa Cronbacha wynosi 0,85 (Z. Juczyński, 2000, s. 16).

Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) J. Trzebińskiego i M. Zięby

Tłem teoretycznym dla konstrukcji kwestionariusza jest opisana w rozdziale teorytycznym teoria E. Eriksona o tworzeniu się nadziei podstawowej, która przejawia się w akceptowaniu przez jednostkę uogólnionych twierdzeń o świecie, jego sensowności i przychylności (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 15).

Kwestionariusz przeznaczony jest do badania młodzieży szkolnej lub studiującej oraz osób dorosłych z wykształceniem co najmniej średnim, ponieważ osoby uczestniczące w badaniu powinny umieć wyrazić własne wartości i przekonania w abstrakcyjny sposób (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 15).

Kwestionariusz składa się z 12 stwierdzeń, z którym dziewięć to pytania diagnostyczne, skonstruowane w oparciu o pojęcie nadziei podstawowej. Narzędzie zawiera stwierdzenia wyrażające nadzieję np.: „Świat jest sprawiedliwy i każdy otrzyma prędzej czy później to, na co zasłużył", a także twierdzenia odwrócone np.: „nie ma w rzeczywistości obiektywnego dobra i zła". Zastosowana jest skala pomiarowa od 1 („zdecydowanie nie zgadzam się") do 5 („zdecydowanie zgadzam się"). Wykonanie badania nie przekracza 10 minut (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 16). Rzetelność testu: alfa Cronbacha - 0,70, stabilność (r Pearsona = 0,62) (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 17).

Skala Wsparcia Społecznego (SWS) K. Kmiecik-Baran

Jest to narzędzie opracowane przez K. Kmiecik-Baran (1995a, s. 201) i bada ono następujące rodzaje wsparcia społecznego:

- wsparcie informacyjne – otrzymywanie rad i informacji, które mogą być pomocne dla badanego;
- wsparcie instrumentalne – wyrażające się w otrzymaniu przez badanego konkretnej pomocy;
- wsparcie wartościujące – dostarczanie przez środowisko komunikatów, które potwierdzają wartość badanego;
- wsparcie emocjonalne – potwierdzające pozytywny stosunek emocjonalny do osoby.

Kwestionariusz składa się z 16 pytań. Poza rodzajem wsparcia narzędzie bada także siłę wsparcia od osób z otoczenia badanego: rodziców rodzeństwa, innych krewnych, kolegów z uczelni, kolegów z osiedla, sąsiedów, nauczycieli, a także osób obcych. Badani określają siłę wsparcia poprzez wybór odpowiedzi w skali od 3 do 0 („tak" to 3 punkty, zaś 0 – nie, nie dotyczy). Współczynnik korelacji rang Spearmana-Brown jest zadawalający, kształtuje się na poziomie 79-89 (K. Kmiecik-Baran, 1995b, s. 110).

Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) J. M. Ferrin, F. Chan, J. Chronister, C. Y. Chiu w polskiej adaptacji S. Byry

Tłem teoretycznym dla narzędzia jest teoria akceptacji straty B. A. Wright (za: S. Byra, 2017a, s. 37). Kwestionariusz służy do diagnozowania złożonej struktury akceptacji niepełnosprawności. Składa się on z następujących podskal: zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; poszerzenie zakresu wartości, przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; ograniczanie skutków niepełnosprawności (S. Byra, 2017a, s. 47). Narzędzie ma zastosowanie głównie w badaniach naukowych, ale może również być wykorzystywane w praktyce terapeutycznej i rehabilitacyjnej (S. Byra, 2017a, s. 48). Współczynnik alfa Cronbacha został zbadany dla poszczególnych podskal testu i jego przedział wynosił od 0,89 do 0,79 (S. Byra, 2017a, s. 44).

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji został ułożony w oparciu o cele projektu badawczego z jednoczesnym uwzględnieniem ekonomii czasowej badania, która w przypadku rozbudowanych badań kwestionariuszowych może w istotny sposób wpływać na motywację osób badanych do rzetelnego odpowiadania na pytania zawarte w poszczególnych kwestionariuszach. Dlatego narzędzie posłużyło głównie do zebrania informacji na temat badanych: wieku, płci, kierunku i roku studiów, miejsca zamieszkania, miasta akademickiego, stopnia niepełnosprawności, wieku nabycia niepełnosprawności i czasu jej trwania, przyczyn niepełnosprawności, a także sposobu poruszania się. Ponadto dodatkowym celem kwestionariusza było zidentyfikowanie doświadczanych przez studentów z niepełnosprawnością ruchową barier w środowisku akademickim. Pytanie to ma charakter otwarty, by badani faktycznie mogli przedstawić własne doświadczenie. Ostatnie dwa pytania kwestionariusza odnoszą się do poziomu satysfakcji ze studiów oraz samodzielności. Studenci mogli określić poziom własnej satysfakcji i samodzielności w realizacji procesu studiowania na pięciostopniowej skali, w której 1 oznacza brak satysfakcji i samodzielności, zaś 5 pełną satysfakcję i samodzielność.

4.5. Organizacja i przebieg badań

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w roku akademickim 2017/2018 wśród studentów z niepełnosprawnością ruchową. W celu dotarcia do badanych kwestionariusze zostały rozesłane do ośrodków akademickich w całej Polsce. Jednostkami organizacyjnymi na uczelniach, które wybrano do kontaktu w sprawie ankietowania zostały Biura ds. Osób Niepełnosprawnych. Jednostki te zajmują się tworzeniem wsparcia dla osób z niepełnosprawnością, z którymi studenci z niepełnosprawnością często pozostają w stałym kontakcie. Dzięki takiemu rozwiązaniu pracownicy mogli w pogłębiony sposób zrozumieć cel badań, a także ich znaczenie dla podniesienia jakości studiowania tej grupy studentów.

Przeprowadzenie badań ankietowych zostało oparte o zasadę dobrowolności podkreślającą pozytywną motywację osób badanych. Pracownicy biur działających na rzecz osób z niepełnosprawnością zapoznali studentów z naukowym znaczeniem prowadzonych badań. Studenci z niepełnosprawnością zgodnie z zasadą „niezakłócania

niczym z zewnątrz okoliczności badań" (M. Łobocki, 2011, s. 42) mogli wypełnić kwestionariusze w Biurach ds. Osób Niepełnosprawnych, a także w miejscu zamieszkania (w formie papierowej i elektronicznej). Elektroniczna forma kwestionariuszy ankietowych uzasadniona była trudnościami w poruszaniu się osób badanych, a także innymi dolegliwościami (np.: bólowymi), które mogą współwystępować z niepełnosprawnością ruchową. Wprowadzone udogodnienie zwiększyło dostępność kwestionariusza wśród społeczności studentów z dysfunkcją narządu ruchu. W ten sposób zostało zabezpieczone dobre samopoczucie osób badanych, a także uniknięto dodatkowego nakłaniania do wykonania badań (M. Łobocki, 2011, s. 42). Ponadto ze względu na zapewnienie komfortu anonimowości studenci z niepełnosprawnością mogli również wysyłać kwestionariusze bezpośrednio do badacza.

Na zakończenie należy podkreślić, że sami studenci z niepełnosprawnością ze Zrzeszenia Studentów Niepełnosprawnych „Alter Idem" Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej zaangażowali się, po wcześniejszym przeszkoleniu, w promowanie badania wśród studentów z niepełnosprawnością. Wyjaśniali jego znaczenie, a także informowali o możliwości wypełnienia kwestionariuszy.

4.6. Charakterystyka badanej grupy

Próba osób badanych została dobrana zgodnie z zasadą reprezentatywności, ponieważ od jej zachowania zależy trafność uzyskanych rezultatów badawczych, a tym samym możliwość uogólnienia wniosków z przeprowadzonych badań (J. Brzeziński, 2003, s. 248).

W badaniu wzięło udział 128 studentów z niepełnosprawnością ruchową z terenu całego kraju, w tym 77 kobiet (60,15%) i 51 mężczyzn (39,85%). Wiek badanych kształtował się od 19 do 52 roku życia. Średni wiek osób badanych wynosił 24,7 lat. Należy podkreślić, że w toku badań ankiety wypełnili również studenci z niepełnosprawnością ruchową w wieku wykraczającym poza wiek wczesnej dorosłości. Ze względu na tendencję różnicowania się wieku studentów, w tym również studentów z niepełnosprawnością, ankiety te zostały włączone w badania, ponieważ odzwierciedlają rzeczywistość społeczną uczelni wyższych w Polsce.

Z miasta pochodziło 91 (72%) badanych, zaś 35 (28%) respondentów pochodziło z obszarów wiejskich. W oparciu o zebrany materiał empiryczny badanych

można scharakteryzować w aspekcie akademickim, a także pod względem doświadczanej niepełnosprawności.

Badani studenci kształcili się w ośrodkach akademickich na terenie całego kraju. Dokładne informacje o miejscu studiowania badanych znajdują się w tabeli nr 2.

Tab. 2. *Ośrodki akademickie osób badanych*

Ośrodek akademicki	N	%
Bydgoszcz	27	22
Częstochowa	3	2
Gorzów Wielkopolski	2	1
Kraków	8	6
Lublin	42	33
Łódź	27	22
Olsztyn	5	4
Poznań	1	1
Szczecin	8	6
Warszawa	2	1
Włocławek	1	1
Brak wskazania	2	1
Ogółem	**128**	**100**

Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowili studenci z Lublina (33%), a kolejne liczne grupy stanowią studenci z Bydgoszczy (22%) i Łodzi (22%). Dwoje badanych nie podało miejsca studiowania i pochodzenia.

Badani studiowali na następujących kierunkach studiów: Administracja (12 badanych), Pedagogika (12 badanych), Informatyka (7 badanych), Dziennikarstwo (5 badanych), Historia (5 badanych), Inżynieria (5 badanych), Architektura (4 badanych), Praca socjalna (3 badanych), Zarządzanie (3 badanych), Automatyka i robotyka (2 badanych) Biologia (2 badanych), E-edytorstwo i techniki redakcyjne (2 badanych), Lingwistyka stosowana (2 badanych), na pozostałych kierunkach studiów był jeden student z niepełnosprawnością ruchową: Animacja kultury, Biotechnologia, Budownictwo, Chemia, Edukacja artystyczna, Edukacja techniczno-informatyczna, Ekonomia, Elektronika i telekomunikacja, Elektrotechnika, Energetyka, Filologia, Filologia polska, Filozofia, GAP, Geodezja i kartografia, Geografia, Germanistyka, Górnictwo i geologia, Humanistyka, Kreatywność społeczna, Kryminalistyka, Mechatronika, Mediacja międzykulturowa, Medycyna, Nauki o polityce, Nauki o rodzinie, Ogrodnictwo.

Z powyższych informacji wynika, że badani studenci z niepełnosprawnością kształcili się na kierunkach zarówno o profilu humanistycznym, społecznym, jak i technicznym, a także jedna osoba, medycznym. Najwięcej studentów z niepełnosprawnością ruchową w badanej grupie studiowało na Administracji i Pedagogice. Liczba studentów uwzględniająca poszczególne roczniki znajduje się w tabeli nr 3.

Tab. 3. *Rok studiów osób badanych*

Roczniki studiów osób badanych	N	%
I rok studiów licencjackich	43	34
II rok studiów licencjackich	42	33
III rok studiów licencjackich	14	10
I rok studiów magisterskich	11	9
II rok studiów magisterskich	12	9
studia III stopnia	6	5
Ogółem	**128**	**100**

Z tabeli nr 3 wynika, że najliczniejszą grupę wśród badanych stanowią studenci studiów licencjackich (77%), zaś studenci studiów magisterskich (18%) w znacznie mniejszej grupie wypełnili kwestionariusze ankiety. Najmniej liczną grupę stanowią studenci na III stopniu kształcenia (5%).

Na podstawie zebranych danych empirycznych można scharakteryzować badanych w zakresie niepełnosprawności. W tabeli nr 4 badani studenci zostali zaprezentowani według stopnia niepełnosprawności. W grupie badanych najliczniejszą grupę stanowili studenci z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (47%), a następnie studenci ze znacznym stopniem niepełnosprawności (31%), zaś studenci z lekkim stopniem niepełnosprawności stanowili 18% badanych. Pięciu studentów nie podało stopnia niepełnosprawności.

Tab. 4. *Osoby badane według stopnia niepełnosprawności*

Stopień niepełnosprawności	N	%
lekki	23	18
umiarkowany	60	47
znaczny	40	31
brak danych	5	4
Ogółem	**128**	**100**

W badanej grupie znajdowało się 72 (56%) studentów z niepełnosprawnością od urodzenia i 56 studentów (44%) z niepełnosprawnością nabytą. Przedział wiekowy, w którym studenci nabyli niepełnosprawność kształtuje się od 3 miesiąca życia do 39 roku życia. Średni wiek nabycia niepełnosprawności wśród badanych wynosi 14 lat.

Przyczyny niepełnosprawności wśród badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową były następujące: mózgowe porażenie dziecięce (29 studentów; 22%), skolioza (12 studentów; 9%), wady kręgosłupa (7 studentów; 6%), wrodzona łamliwość kości (1 student), złamanie kości piszczelowej (1 student), dystrofia mięśniowa (1 student). Pozostali badani w liczbie 78 osób (60%) nie podali dokładanych informacji na temat przyczyny powstania niepełnosprawności.

Studenci z niepełnosprawnością wskazywali na współwystępowanie dodatkowych schorzeń obok niepełnosprawności ruchowej w liczbie 62 osób (49%). Dodatkowe schorzenia, na które wskazywali badani kształtowały się w następująco: wada wzroku (6 badanych; 5%), wodogłowie (2 badanych), epilepsja (2 badanych), niedoczynność tarczycy (1 badany), dysplazja włóknista kości (1 badany), jamistość rdzenia kręgowego (1 badany), nadciśnienie tętnicze (1 badany). Pozostali badani, którzy wskazali dodatkowe schorzenie, nie podali jego przyczyny (48 badanych; 77%).

Badani studenci określali sposób poruszania się, który został zawarty w tabeli nr 5. Z tabeli wynika, że 84 (66%) osoby porusza się samodzielnie. Natomiast pozostałych 44 badanych (34%) porusza się wykorzystując: wózek inwalidzki (14%), kule (7%), korzystając z pomocy innych osób (4%), zaś 12 badanych (9%) wskazało na możliwość korzystania w sposób elastyczny z pomocy innych osób, kul i wózka inwalidzkiego.

Tab. 5. *Sposób poruszania się osób badanych*

Sposób poruszania się studentów	N	%
za pomocą wózka inwalidzkiego	18	14
za pomocą kul	9	7
przy pomocy innych	5	4
samodzielnie	84	66
za pomocą wózka, kul, przy pomocy innych	8	7
za pomocą kul i samodzielnie	4	2
Ogółem	**128**	**100**

Przedstawiona charakterystyka grupy badanych wskazuje, że spełnia ona charakter reprezentatywności dla populacji studentów z niepełnosprawnością ruchową w Polsce. Przede wszystkim w badaniu wzięli udział studenci z różnych ośrodków akademickich w Polsce, znaleźli się w nim reprezentanci różnych kierunków akademickich, a także różnych typów uczelni. Jeśli chodzi o strukturę grupy badawczej ze względu na niepełnosprawność znalazły się w niej zarówno osoby z lekkim, znacznym i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą, a także o różnym stopniu samodzielności w poruszaniu się.

4.7. Metody statystycznej analizy danych

Zebrany materiał empiryczny został poddany analizie statystycznej, zgodnie z założeniami metodologicznymi. Zastosowano procedury statystyczne pozwalające na poszukiwanie odpowiedzi na problem badawczy, a także weryfikację wysuniętych hipotez badawczych. Ustalono następujące obszary analiz statystycznych:

- porównania międzygrupowe w zakresie postrzegania autonomii, a także strategii radzenia sobie oraz zasobów radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą – test t-Studenta dla danych niezależnych, test istotności różnic $\chi 2$,
- związki korelacyjne między zmiennymi demograficznymi, zmiennymi związanymi z niepełnosprawnością i procesem studiowania a zasobami radzenia sobie i postrzeganiem autonomii – współczynniki korelacji r-Pearsona,
- związki korelacyjne między postrzeganiem autonomii a zasobami radzenia sobie – współczynnik korelacji r-Pearsona,
- wyznaczenie wkładu zmiennych w wyjaśnienie natężenia postrzegania poszczególnych wymiarów autonomii u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą - krokowa postępująca analiza regresji,
- sprawdzenie znaczenia zmiennej pośredniczącej w postaci akceptacji niepełnosprawności w ustalanie charakteru zależności między poszczególnymi zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii - analiza kanoniczna dla całej grupy studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Rozdział V
Postrzeganie autonomii i zasoby radzenia sobie u studentów z niepełnosprawnością ruchową – analiza wyników badań własnych

Autonomia osoby z niepełnosprawnością stanowi główny cel rehabilitacji skoncentrowanej na osobie, ponieważ to właśnie ona jest podstawą społecznego uczestnictwa osób z niepełnosprawnością (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971). To dzięki autonomii osoby z niepełnosprawnością ruchową mogą podejmować różne role społeczne (rodzinne, zawodowe, obywatelskie) zgodnie z własnymi preferencjami bez nacisków zewnętrznych. Realizacja autonomii przez jednostkę gdy jej aktywność jest spójna ze środowiskiem jej funkcjonowania, przyczynia się do samorealizacji (W. Dykcik, 2002d, s. 357), satysfakcji z życia (S. Byra, M. Duda, 2019a, s. 17), a także dobrostanu (P. Majewicz, 2019, s. 45). Autonomia studentów z niepełnosprawnością ruchową realizowana jest w środowisku akademickim. Funkcjonowanie w tym środowisku niesie ze sobą liczne wymagania, a także wiąże się z koniecznością sprostania wielu różnego rodzaju wyzwaniom. Jednak celem edukacji wyższej jest osiągnięcie przez osoby z niepełnosprawnością samodzielności w różnych obszarach własnego życia, a także samorealizacja. To właśnie ona jest jednym z najważniejszych rezultatów autonomii, a wiąże się z nabieraniem przez życie osoby z niepełnosprawnością kierunku wartościowej egzystencji, wyrażającej jej indywidualność (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 970).

Prezentowana w tym rozdziale analiza wyników badań uwzględnia koncepcję autonomii decyzyjnej i wykonawczej, a także jej subiektywny wymiar związany z postrzeganiem autonomii przez badanych. W celu dokładniejszego poznania znaczenia rodzaju doświadczanej niepełnosprawności dla postrzegania autonomii wśród badanych studentów, badani zostali podzieleni na dwie grupy: studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą.

W pierwszym etapie analiz skoncentrowano się na określeniu nasilenia postrzeganej autonomii przez studentów z niepełnosprawnością. W tym celu analizie zostały poddane dane zebrane w oparciu o Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) w opracowaniu S. Byry i M. Dudy. W następnym etapie zostaną

przedstawione statystyki opisowe strategii radzenia sobie badanych studentów, a także poszczególne zasoby radzenia sobie.

5.1. Postrzeganie autonomii przez badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową

Autonomia, a także jej postrzeganie przez osoby z niepełnosprawnością uwarunkowane jest czynnikami o różnej naturze, zarówno kondycją psychofizyczną jednostki, jak również czynnikami społecznymi (W. Loebl, 2003, s. 391; E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018, s. 20). Realizacja autonomii jest zadaniem, które wymaga pogłębionej świadomości złożonych uwarunkowań na drodze jej osiągnięcia. W tym podrozdziale zostanie przeanalizowane postrzeganie autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową, w kontekście cech demograficznych, związanych z niepełnosprawnością, jak i procesem studiowania.

Podstawą zebranych wyników badań jest Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA), w którym badani studenci ocenili własną autonomię w następujących podskalach: Autonomia mobilności (A-M) (skala określa możliwości poruszania się badanych zarówno w miejscu zamieszkania, jak i odwiedzania przyjaciół oraz znajomych, a także uczestniczenia w wyjazdach o charakterze rekreacyjnym); Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P) (określająca możliwość wykonywania czynności samoobsługowych, a także spożywania pokarmów); Autonomia w rodzinie (A-R) (określa możliwość wykonywania obowiązków domowych od lekkich prac domowych poprzez sprzątanie, aż po wykonywanie prac naprawczych i konserwatorskich, podskala uwzględnia również oczekiwania osoby z niepełnosprawnością do pełnienia własnej roli w rodzinie); Autonomia finansowa (A-F) (określa możliwość dokonywania własnych wyborów finansowych przez osobę z niepełnosprawnością); Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz) (dotyczy możliwości spędzania czasu wolnego zgodnego z preferencjami osoby z niepełnosprawnością); Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP) (dotyczy jakości relacji z osobami najbliższymi, poczucia bycia szanowanym wśród znajomych, oceny własnych możliwości do stworzenia intymnego związku, możliwości spotykania się z ludźmi oraz pomagania i wspierania innych ludzi); Praca zawodowa i nauka (A-PN) (określa możliwość wykonywania pracy zawodowej, ale również pracy o charakterze wolontarystycznym, ocenę szans

na zmianę pracy, szkolenia zawodowe, a także możliwość nawiązywania kontaktów o charakterze zawodowym); Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC) (ocena szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami) (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 1527, S. Byra, M. Duda, 2019b, s. 110). Wyższe wyniki w podskalach KWUA wskazują na niższe ograniczenia, a tym samym na wyższą ocenę autonomii i uczestnictwa w różnych obszarach życiowych.

Wyniki badanych studentów osiągnięte w poszczególnych podskalach znajdują się w tabeli nr 6.

Tab. 6. *Postrzeganie autonomii przez osoby badane*

Podskale	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali	Wyniki w podskalach podzielone przez liczbę itemów	
					M	SD
A-M	18,69	2,72	7 – 23	5-23	3,74	0,54
A-P	24,97	2,47	13 – 28	6-28	4,16	0,41
A-R	24,94	5,04	9 – 33	8-48	3,56	0,72
A-F	5,92	1,00	1 – 8	1-8	2,96	0,50
A-WCz	5,91	0,93	1 – 8	1-8	2,96	0,46
A-SP	37,23	4,43	20 – 45	8-48	3,72	0,44
A-PN	29,79	5,23	13 – 41	8-48	3,31	0,58
A-OC	3,76	1,04	1 – 5	1-5	-	-

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD)

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Analiza wyników w podskalach podzielona przez liczbę itemów wskazuje, że badani studenci najwyższe wyniki osiągnęli w podskali pielęgnacji własnej. Następnie w zakresie autonomii mobilności, zaś najniższy wynik osiągnęli w zakresie autonomii czasu wolnego i autonomii finansowej. Kolejny najniższy wynik wskazuje na autonomię związaną z nauką i pracą. Zebrane wyniki wskazują, że badani zdecydowanie wyżej oceniają swoją samodzielność w zakresie czynności o charakterze samoobsługowym, niż dotyczących uczestnictwa społecznego.

Postrzeganie autonomii badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową zostało poddane analizie statystycznej, w dwóch podgrupach: studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą. W tym celu zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych. Uzyskane w tym zakresie wyniki zaprezentowano w tabeli nr 7.

Tab. 7. *Postrzeganie autonomii przez badanych – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i studentów z niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
A-M	18,53	2,76	18,92	2,68	-0,82	0,415
A-P	24,92	2,66	25,04	2,21	-0,27	0,791
A-R	23,47	5,06	25,57	5,00	-1,22	0,044*
A-F	6,00	0,89	5,81	1,13	1,03	0,303
A-WCz	6,00	0,87	5,80	1,00	1,22	0,223
A-SP	35,18	4,76	37,70	3,91	-1,04	0,045*
A-PN	29,44	5,51	30,26	4,84	-0,87	0,387
A-OC	3,73	1,18	3,80	0,81	0,36	0,722

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p), p<0,05

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Na podstawie dokonanej analizy statystycznej mającej na celu porównanie studentów z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą w zakresie postrzegania autonomii należy stwierdzić, że obydwie grupy badanych oceniają poszczególne wymiary autonomii w podobny sposób. Istotne różnice statystyczne pomiędzy grupami wystąpiły jedynie w dwóch podskalach: rodzinnej i towarzysko-społecznej. Badane osoby z niepełnosprawnością nabytą posiadają istotnie wyższą ocenę autonomii w obydwu podskalach.

Na podstawie zebranych danych postrzeganie autonomii badanych zostało poddane analizie w zakresie współwystępowania z następującymi danymi: socjodemograficznymi (wiek, płeć, miejsce zamieszkania), związanymi z niepełnosprawnością (rodzajem, wiekiem nabycia, czasem trwania, sposobem poruszania się badanych), związanymi z sytuacją akademicką badanych (rokiem studiów, satysfakcją ze studiów, oceną samodzielności).

W tabeli nr 8 zostało przedstawione zestawienie wyników analizy korelacji (r-Pearsona) pomiędzy postrzeganiem autonomii przez badanych (z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą) a ich wiekiem.

Tab. 8. *Postrzeganie autonomii a wiek badanych - zestawienie współczynników korelacji r-Pearsona*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową	Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową
A-M	-0,14	-0,26
A-P	-0,06	-0,26
A-R	-0,25*	-0,30*
A-F	0,16	-0,10
A-WCz	0,01	-0,25
A-SP	0,08	-0,14
A-PN	-0,02	-0,08
A-OC	-0,06	-0,02

*p<0,05

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

W wyniku analizy statystycznej przeprowadzonej testem r-Pearsona można stwierdzić, iż młodsi studenci z wrodzoną i nabytą niepełnosprawnością ruchową oceniają wyżej autonomię w podskali autonomii rodzinnej. W pozostałych podskalach nie stwierdzono istotnej zależności pomiędzy postrzeganiem autonomii a wiekiem u badanych.

Kolejną cechą, która została poddana analizie statystycznej jest płeć badanych. Z przeprowadzonych analiz statystycznych za pomocą testu t-Studenta dla danych niezależnych w zakresie różnic pomiędzy badanymi kobietami a mężczyznami w postrzeganiu autonomii, nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie zarówno w grupie studentów z niepełnosprawnością wrodzoną (tab. 9), jak i studentów z niepełnosprawnością nabytą (tab. 10).

Tab. 9. *Postrzeganie autonomii przez badanych z niepełnosprawnością wrodzoną a ich płeć*

Podskale	Kobiety		Mężczyźni		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
A-M	18,48	2,94	18,56	2,72	-0,12	0,902
A-P	24,52	3,27	25,22	2,22	-1,08	0,281
A-R	23,70	6,10	25,02	4,35	-1,07	0,287
A-F	6,15	1,17	5,91	0,69	1,08	0,283
A-WCz	6,00	1,18	6,00	0,67	0,00	1,000
A-SP	36,18	4,73	37,33	4,83	-0,98	0,330
A-PN	29,00	6,52	29,67	4,96	-0,50	0,620
A-OC	3,67	1,23	3,85	1,13	-0,61	0,666

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p)

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Tab. 10. *Postrzeganie autonomii przez badanych z niepełnosprawnością nabytą a ich płeć*

Podskale	Kobiety		Mężczyźni		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
A-M	18,32	3,30	19,34	2,10	-1,39	0,169
A-P	25,41	2,24	24,78	2,18	1,03	0,309
A-R	25,00	5,35	25,97	4,78	-0,70	0,489
A-F	5,73	0,77	5,87	1,34	-0,47	0,642
A-WCz	6,00	0,82	5,66	1,09	1,25	0,217
A-SP	36,77	3,86	38,34	3,87	-1,46	0,149
A-PN	29,77	5,10	30,59	4,70	-0,61	0,545
A-OC	3,75	0,84	3,86	0,77	-0,50	0,700

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p)

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Kolejną cechą socjodemograficzną, która została przeanalizowana w kontekście postrzegania autonomii przez badanych jest miejsce ich zamieszkania. Wobec tych danych również zastosowano test t-Studenta dla danych niezależnych. Zestawienia liczbowe przeprowadzonych analiz statystycznych dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną zostały zaprezentowane w tabeli nr 11, zaś dla badanych z niepełnosprawnością nabytą w tabeli nr 12.

Tab. 11. *Postrzeganie autonomii a miejsce zamieszkania badanych z niepełnosprawnością wrodzoną*

Podskale	Studenci zamieszkujący miasto		Studenci z obszarów wiejskich		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
A-M	18,54	2,92	18,47	2,34	0,10	0,923
A-P	24,98	2,38	24,74	3,43	0,34	0,732
A-R	24,40	4,95	24,68	5,50	-0,21	0,834
A-F	6,13	0,96	5,63	0,49	2,14	0,036*
A-WCz	6,02	0,97	5,95	0,52	0,30	0,763
A-SP	37,36	4,44	35,47	5,48	1,50	0,137
A-PN	29,49	5,67	29,31	5,19	0,12	0,906
A-OC	3,87	1,07	3,32	1,42	1,79	0,119

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p), *p<0,05

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Miejsce zamieszkania różnicuje istotnie postrzeganie autonomii przez studentów z niepełnosprawnością wrodzoną. Z przeprowadzonych analiz statystycznych wynika, że studenci zamieszkujący miasta postrzegają własną autonomię znacząco wyżej w zakresie finansowym, niż studenci zamieszkujący tereny wiejskie. W pozostałych podskalach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi.

Tab. 12. *Postrzeganie autonomii a miejsce zamieszkania badanych z niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci zamieszkujący miasto		Studenci z obszarów wiejskich		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
A-M	19,24	2,28	18,19	3,47	1,31	0,194
A-P	25,11	2,13	25,19	2,14	-0,12	0,901
A-R	25,94	4,98	24,87	5,23	0,71	0,482
A-F	6,03	0,93	5,31	1,45	2,16	0,036*
A-WCz	5,94	0,94	5,44	1,09	1,72	0,092
A-SP	38,13	3,86	36,75	4,11	1,18	0,245
A-PN	31,16	4,37	28,00	5,38	2,25	0,028*
A-OC	3,89	0,81	3,56	0,81	1,36	0,931

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p), *p<0,05

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Z przeprowadzonych analiz statystycznych wynika, że studenci z niepełnosprawnością ruchową nabytą, podobnie jak studenci z niepełnosprawnością wrodzoną postrzegają znacząco wyżej własną autonomię w zakresie finansowym, a także nauki i pracy, gdy mieszkają w mieście. Dodatkowo studenci z miasta nieco lepiej postrzegają własną autonomię we wszystkich pozostałych wymiarach, z wyjątkiem autonomii pielęgnacyjnej.

Kolejną zmienną, w zakresie której została przeanalizowana autonomia osób z niepełnosprawnością jest rok studiów. Analizy statystyczne zostały przeprowadzone testem r-Pearsona. W tabeli nr 13 znajduje się zestawienie otrzymanych wyników.

Tab. 13. *Postrzeganie autonomii a rok studiów badanych – zestawienie współczynników korelacji r-Pearsona*

Podskal	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową	Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową
A-M	-0,05	0,21
A-P	-0,01	0,14
A-R	0,01	0,19
A-F	0,09	0,25
A-WCz	0,12	0,23
A-SP	0,08	0,50**
A-PN	0,06	0,56**
A-OC	0,14	0,40*

**p<0,01

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Z przeprowadzonych analiz korelacyjnych wynika, że między postrzeganiem autonomii osób z niepełnosprawnością wrodzoną a rokiem studiów nie ma związku istotnego statystycznie. Natomiast w grupie studentów z niepełnosprawnością nabytą zachodzi pozytywna korelacja, która wskazuje na zależność między rokiem studiów badanych, a postrzeganiem własnej autonomii. Studenci wyższych lat studiów zdecydowanie lepiej postrzegali własną autonomię w zakresie towarzysko-interpersonalnym, pracy i nauki, a także oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami.

Analizie statystycznej zostało poddane również postrzeganie autonomii w powiązaniu z satysfakcją ze studiów badanych. Zestawienie współczynników korelacji znajduje się w tabeli nr 14.

Tab. 14. *Postrzeganie autonomii a satysfakcja ze studiów u badanych - zestawienie współczynników korelacji r-Pearsona*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową	Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową
A-M	0,07	-0,08
A-P	0,05	0,04
A-R	-0,02	-0,14
A-F	0,11	-0,03
A-WCz	0,20	-0,07
A-SP	0,18	0,03
A-PN	0,23*	-0,01
A-OC	0,17	0,21

*p<0,05

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Z przeprowadzonej analizy korelacji wynika, że pomiędzy postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością nabytą, a ich satysfakcją ze studiów nie zachodzi istotny statystycznie związek. Natomiast istnieje istotna pozytywna korelacja pomiędzy postrzeganiem autonomii w zakresie pracy i nauki u studentów z niepełnosprawnością wrodzoną, a ich oceną satysfakcji ze studiów. Dlatego studenci, którzy wyżej oceniają własną satysfakcję ze studiów również wyżej oceniają własną autonomię w zakresie pracy i nauki.

Ostatnim czynnikiem akademickim, który został przeanalizowany w zestawieniu z postrzeganiem autonomii przez badanych studentów jest subiektywna ocena samodzielności na studiach. Wyniki analizy korelacji r-Pearsona znajdują się w tabeli nr 15.

Tab. 15. *Postrzeganie autonomii a subiektywna ocena samodzielności na studiach u badanych – zestawienie współczynników korelacji r-Pearsona*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową	Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową
A-M	0,45**	0,49**
A-P	0,27*	0,08
A-R	0,41**	0,39*
A-F	0,19	0,03
A-WCz	0,27*	-0,05
A-SP	0,19	0,25*
A-PN	0,36*	0,54**
A-OC	0,21	0,43*

*p<0,05; **p<0,01

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Z przeprowadzonych analiz statystycznych wynika, że pomiędzy postrzeganiem autonomii a subiektywną oceną samodzielności na studiach istnieją istotne statystycznie powiązania zarówno w grupie osób z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą. Wśród badanych studentów wyższa, ocena własnej samodzielności wiąże się z wyższą oceną autonomii w następujących podskalach: autonomia mobilności, autonomia w rodzinie, a także autonomia pracy i nauki. Dodatkowo u osób z niepełnosprawnością wrodzoną taką zależność stwierdzono w odniesieniu do podskali: pielęgnacji i czasu wolnego, zaś u badanych z niepełnosprawnością nabytą w zakresie podskali towarzysko-interpersonalnej, a także oceny szans na osiągnięcie autonomii. Z analizy współczynników korelacji wynika, że wyższa subiektywna ocena własnej samodzielności na studiach, wiąże się z istotnie wyższą oceną autonomii w jej różnych obszarach.

Kolejnymi cechami poddanymi analizie statystycznej są związki między postrzeganiem autonomii a czynnikami dotyczącymi niepełnosprawności badanych. Pierwszą analizowaną cechą jest wiek nabycia niepełnosprawności przez badanych studentów. Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych znajdujących się w tabeli nr 16 współczynnik korelacji istotny statystycznie odnosi się do pozytywnego związku między wiekiem nabycia niepełnosprawności a postrzeganiem autonomii na płaszczyźnie towarzysko-interpersonalnej. Otrzymany współczynnik korelacji wskazuje, że wyższa autonomia w tym zakresie wiąże się z późniejszym wiekiem nabycia niepełnosprawności.

Tab. 16. *Postrzeganie autonomii a wiek nabycia niepełnosprawności - zestawienie współczynników korelacji r-Pearsona*

Podskale	Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową
A-M	0,08
A-P	0,03
A-R	0,18
A-F	-0,01
A-WCz	0,16
A-SP	0,35*
A-PN	0,10
A-OC	-0,01

*p<0,05

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Kolejną cechą związaną z niepełnosprawnością badanych analizowaną w kontekście ich postrzegania autonomii jest czas trwania niepełnosprawności. Analiza statystyczna przeprowadzona za pomocą analizy korelacyjnej (r-Pearsona) nie wykazała żadnych istotnych statystycznie powiązań pomiędzy postrzeganiem autonomii przez badanych a czasem trwania niepełnosprawności. Wyniki przeprowadzonej analizy korelacyjnej znajdują się w tabeli nr 17.

Tab. 17. *Postrzeganie autonomii przez badanych a czas trwania niepełnosprawności – zestawienie współczynników korelacji r-Pearsona*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową	Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową
A-M	-0,06	-0,09
A-P	0,17	-0,12
A-R	-0,06	0,07
A-F	0,15	-0,11
A-WCz	0,01	0,04
A-SP	0,10	-0,08
A-PN	0,08	0,05
A-OC	-0,03	-0,14

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Następnym czynnikiem, który został przeanalizowany w zestawieniu z postrzeganiem autonomii przez badanych studentów jest stopień niepełnosprawności. Wyniki analizy korelacji r-Pearsona znajdują się w tabeli nr 18.

Tab. 18. *Postrzeganie autonomii a stopień niepełnosprawności u badanych – zestawienie współczynników korelacji r-Pearsona*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową	Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową
A-M	-0,25*	-0,41**
A-P	-0,13	0,07
A-R	-0,39**	-0,36**
A-F	0,07	-0,20*
A-WCz	-0,09	0,02
A-SP	-0,23*	-0,18*
A-PN	-0,16	-0,29*
A-OC	-0,22	-0,31*

*p<0,05; **p<0,01

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Z przeprowadzonych analiz statystycznych wynika, że pomiędzy postrzeganiem autonomii a stopniem niepełnosprawności istnieją istotne statystycznie powiązania w obydwu badanych grupach. Zarówno u studentów z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą niższy stopień niepełnosprawności wiąże się z wyższą oceną autonomii w następujących podskalach: mobilności, rodzinnej, a także towarzysko-interpersonalnej. Dodatkowo u osób z niepełnosprawnością nabytą taką zależność stwierdzono w odniesieniu do podskal postrzegania autonomii pracy i nauki, a także oceny szans na jej osiągnięcie. Z analizy współczynników korelacji wynika, że niższy stopień niepełnosprawności wiąże się z istotnie wyższą oceną autonomii w jej różnych obszarach.

Postrzeganie autonomii badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową zostało przeanalizowane w kontekście ich sposobu poruszania się. Ze względu na zróżnicowanie liczby studentów w poszczególnych grupach, dokonano analizy uzyskanych wyników jedynie na ich średnich wartościach. Zestawienie wyników znajduje się w tabelach nr 19 (dla studentów z niepełnosprawnością wrodzoną) i nr 20 (dla studentów z niepełnosprawnością nabytą).

Tab. 19. *Postrzeganie autonomii a sposób poruszania się u badanych – zestawienie wyników – studenci z niepełnosprawnością wrodzoną*

Podskale	Studenci poruszający się za pomocą wózka		Studenci poruszający się za pomocą kul		Studenci poruszający się przy pomocy innych		Studenci poruszający się samodzielnie	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
A-M	16,14	2,72	18,37	1,92	17,83	1,94	19,95	2,08
A-P	24,43	3,35	25,50	1,41	23,50	3,39	25,28	2,27
A-R	21,48	4,65	23,87	4,88	21,17	4,83	26,72	4,29
A-F	6,09	1,30	6,25	0,46	5,50	0,55	5,97	0,71
A-WCz	5,95	1,24	5,75	0,71	5,83	0,41	6,10	0,72
A-SP	35,95	4,84	36,00	3,21	33,83	7,86	38,02	4,22
A-PN	27,90	6,06	29,62	4,78	28,33	4,88	30,41	5,41
A-OC	3,52	1,21	3,63	0,74	2,83	1,72	4,00	1,10

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD)

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Zestawienie średnich wyników postrzegania autonomii studentów z niepełnosprawnością wrodzoną wskazuje, że rezultaty w poszczególnych grupach studentów: poruszających się za pomocą wózka, za pomocą kul, przy pomocy innych osób, a także studenci poruszający się samodzielnie są zbliżone do siebie. Jednak studenci poruszający się samodzielnie postrzegają własną autonomię wyżej we wszystkich podskalach, z wyjątkiem autonomii finansowej. Studenci poruszający się na wózkach inwalidzkich niżej oceniają autonomię w wymiarach: mobilności, a także pracy i nauki w stosunku do studentów z pozostałych grup. Natomiast grupą, która najniżej ocenia swoją autonomię w następujących podskalach: pielęgnacyjnej, finansowej, czasu wolnego, a także oceny własnych szans na osiągniecie autonomii, są studenci poruszający się przy pomocy innych.

Tab. 20. *Postrzeganie autonomii a sposób poruszania się u badanych z niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci poruszający się za pomocą wózka		Studenci poruszający się za pomocą kul		Studenci poruszający się przy pomocy innych		Studenci poruszający się samodzielnie	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
A-M	14,33	6,43	21,00	4,32	17,00	3,56	19,35	1,93
A-P	26,00	1,73	27,00	3,74	23,00	3,56	25,11	2,06
A-R	18,00	4,58	26,00	2,12	20,75	6,70	26,48	4,33
A-F	5,33	1,15	6,00	5,15	5,00	1,41	5,91	1,11
A-WCz	5,66	0,58	6,00	1,27	5,25	1,50	5,85	0,99
A-SP	33,33	4,51	42,00	3,52	36,75	5,31	37,98	3,66
A-PN	24,00	7,21	37,00	6,34	26,75	6,70	30,83	4,15
A-OC	3,00	1,00	4,00	1,11	3,50	0,57	3,87	0,81

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD)

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Analiza wyników badanych studentów z niepełnosprawnością nabytą pozwala zauważyć, że pomiędzy poszczególnymi grupami ze względu na sposób poruszania się istnieje nieco większe zróżnicowanie w zakresie postrzegania autonomii, niż w przypadku badanych studentów z niepełnosprawnością wrodzoną. W tej grupie najwyżej własną autonomię oceniają studenci poruszający się za pomocą kul, z wyjątkiem podskali autonomii rodzinnej (wynik jest zbliżony do otrzymanego przez studentów poruszających się samodzielnie). Jednak w grupie osób poruszających się za pomocą kul istnieją również wysokie odchylenia standardowe wskazujące na zróżnicowanie wewnętrzne tej grupy. Natomiast studenci poruszający się na wózkach w największej liczbie podskal najniżej oceniają własną autonomię w stosunku do pozostałych grup studentów: mobilności, rodzinnej, towarzysko-interpersonalna, nauki i pracy, a także ogólnej oceny autonomii.

Dokonując podsumowania przeprowadzonych analiz w zakresie postrzegania autonomii przez studentów z niepełnosprawnością należy podkreślić, że studenci z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą na podobnym poziomie postrzegają własną autonomię. Szczególnie wrażliwe podskale w postrzeganiu autonomii na zmienne demograficzne są: autonomia w rodzinie, autonomia finansowa, a także towarzysko-interpersonalna. W czynnikach związanych ze studiowaniem osób z niepełnosprawnością stwierdzono zależność pomiędzy rokiem studiów, a postrzeganiem autonomii, szczególnie w grupie studentów z niepełnosprawnością

nabytą. Natomiast w grupie studentów z niepełnosprawnością wrodzoną zależność taką stwierdzono w zakresie powiązań z satysfakcją ze studiów. Istotnym czynnikiem powiązanym z postrzeganiem autonomii przez badanych jest subiektywna ocena samodzielności na studiach, która im jest wyższa, tym bardziej sprzyja wyższej ocenie różnych wymiarów autonomii.

W zakresie niepełnosprawności istotne zależności uchwycono pomiędzy postrzeganiem autonomii a stopniem niepełnosprawności, zaś w grupie studentów z nabytą niepełnosprawnością odnotowano dodatkową zależność między wiekiem nabycia niepełnosprawności, a oceną własnej autonomii. W następnym etapie analizie zostaną poddane strategie i zasoby radzenia sobie badanych studentów.

5.2. Radzenie sobie i zasoby radzenia badanych studentów z niepełnosprawnością

Wspomaganie rozwoju zdrowej osobowości wiąże się z kształtowaniem odpowiednich reakcji na doświadczanie stresu, a także umiejętności radzenia sobie z nim. Gdy jednostka nauczy się konstruktywnych sposobów przezwyciężania trudności życia codziennego staje się wtedy bardziej autonomiczna, ponieważ jest w stanie realizować własne plany i zamierzenia (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 241). Dlatego w tej części dystertacji zostaną przeanalizowane zarówno strategie i zasoby radzenia sobie badanych. Materiał badawczy zaprezentowano zgodnie z przyjętą w części teoretycznej zasadą, że jako pierwsze zostaną zaprezentowane wyniki badań związane z samooceną jako zasobem regulującym stosunek do samego siebie, następnie z poczuciem samoskuteczności, która reguluje stosunek jednostki do podejmowanych zadań, zaś dane empiryczne zebrane w zakresie nadziei podstawowej pozwolą poznać, przekonania studentów z niepełnosprawnością o funkcjonowaniu świata (tzw. zasoby wewnętrzne). W ostatniej części podrozdziału zostaną zaprezentowane wyniki badań dotyczące wsparcia społecznego (tzw. zasób zewnętrzny).

Radzenie sobie jest zachowaniem adaptacyjnym w sytuacji trudnej, mającym na celu poprawę relacji podmiotu z otoczeniem oraz samoregulację własnych emocji. W tym projekcie badawczym radzenie sobie studentów jest rozumiane jako radzenie sobie z sytuacją niepełnosprawności, a także z wymaganiami płynącymi ze środowiska akademickiego. Narzędziem, którym badano radzenie sobie studentów z niepełnosprawnością ruchową w sytuacjach trudnych był kwestionariusz Mini-Cope

C. S. Carvera. W Inwentarzu do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem znajduje się czternaście strategii radzenia sobie ze stresem: Aktywne Radzenie Sobie (AR); Planowanie (PL); Pozytywne przewartościowanie (PP); Akceptacja (AK); Poczucie humoru (PH); Zwrot ku religii (REL); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE); Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI); Zajmowanie się czymś innym (ZC); Zaprzeczanie (ZAP); Wyładowanie (WYŁ); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP); Zaprzestanie działań (ZD); Obwinianie siebie (OS).

W celu porównania preferowanej strategii radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą przeprowadzono analizy statystyczne testem t-Studenta dla danych niezależnych. W jej wyniku uchwycono istotną statystycznie różnicę w zakresie strategii radzenia sobie, jaką jest akceptacja. Przy czym studenci z niepełnosprawnością wrodzoną zdecydowanie bardziej preferują stosowanie tej strategii radzenia sobie, niż studenci z niepełnosprawnością nabytą. Dokładne zestawienie wyników analizy statystycznej znajduje się w tabeli nr 21. W pozostałych strategiach radzenia sobie analizy statystyczne nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami.

Tab. 21. *Zestawienie strategii radzenia sobie badanych – porównanie badanych grup studentów*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
AR	2,25	0,70	2,10	0,58	1,26	0,210
PL	2,07	0,71	2,09	0,53	-0,22	0,828
PP	1,80	0,83	1,58	0,67	1,55	0,123
AK	2,04	0,67	1,81	0,57	1,98	0,049*
PH	1,04	0,66	0,91	0,67	1,04	0,300
REL	0,85	1,00	1,02	0,97	-0,99	0,322
PWE	2,05	0,73	1,80	0,83	1,74	0,084
PWI	1,99	0,75	1,84	0,77	1,10	0,271
ZC	1,73	0,79	1,56	0,83	1,14	0,256
ZAP	0,68	0,70	0,57	0,62	0,90	0,368
WYŁ	1,39	0,80	1,34	0,67	0,36	0,715
ZSP	0,87	0,56	0,87	0,60	0,01	0,990
ZD	0,75	0,75	0,76	0,71	-0,14	0,889
OS	1,42	1,02	1,37	0,99	0,30	0,760

Średnia arytmetyczna, (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p), $^{*}p<0,05$

Aktywne Radzenie Sobie (AR); Planowanie (PL); Pozytywne przewartościowanie (PP); Akceptacja (AK); Poczucie humoru (PH); Zwrot ku religii (REL); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE); Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI); Zajmowanie się czymś innym (ZC); Zaprzeczanie (ZAP); Wyładowanie (WYŁ); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP); Zaprzestanie działań (ZD); Obwinianie siebie (OS)

By określić, jakie są preferencje badanych w zakresie strategii radzenia sobie wyniki surowe zostały przekształcone na rangi. W zestawieniu studenci z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą najbardziej preferują podobne strategie radzenia sobie: aktywne radzenie sobie, planowanie, akceptację i pozytywne przewartościowanie. Obydwie grupy badanych zdecydowanie najmniej preferują strategie radzenia sobie wyrażające się w zaprzestaniu działań i zaprzeczaniu, które wiążą się z nieefektywnym radzeniem sobie w stresujących sytuacjach. Zestawienie rang znajduje się w tabeli nr 22.

Tab. 22. *Preferowane strategie radzenia sobie przez badanych – zestawienie rang – studenci z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą*

Podskale	Studenci z niepełnosprawnością wrodzoną	Studenci z niepełnosprawności nabytą
AR	14	14
PL	13	13
PP	9	9
AK	11	11
PH	5	4
REL	3	5
PWE	12	10
PWI	10	12
ZC	8	8
ZAP	1	1
WYŁ	6	6
ZSP	4	3
ZD	2	2
OS	7	7

AR – Aktywne Radzenie Sobie, PL – Planowanie, PP – pozytywne przewartościowanie, AK – Akceptacja, PH – Poczucie humoru, REL – Zwrot ku religii, PWE – Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, PWI – Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, ZC – Zajmowanie się czymś innym, ZAP - Zaprzeczanie, WYŁ – wyładowanie, ZSP – Zażywanie substancji psychoaktywnych, ZD – Zaprzestanie działań, OS –Obwinianie siebie

Zasobem radzenia sobie, który określa, jaką studenci z niepełnosprawnością mają afektywną reakcję na własną osobę jest samoocena (B. Wojciszke, 2003, s. 147). Samoocena została zbadana za pomocą Skali odczuć wobec własnej osoby i poczucia kompetencji SLCS-R. W. Tafarodi, W. B. Swann, w polskiej adaptacji M. Szpitalak i R. Polczyk. Kwestionariusz pozwolił na zbadanie dwóch wymiarów samooceny: samoakceptacji (SA) i poczucia kompetencji (PK), które składają się na wynik ogólny samooceny (SAM-WO). W tabeli nr 23 zostały przedstawione średnie wyniki badanych w poszczególnych podskalach kwestionariusza, a także rezultaty analizy statystycznej przeprowadzonej za pomocą testu t-Studenta dla danych niezależnych.

Tab. 23. *Samoocena badanych*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
SA	21,82	8,50	22,09	7,13	0,19	0,850
PK	26,27	3,64	26,55	3,59	0,44	0,660
SAM-WO	48,09	9,00	48,65	7,52	0,37	0,713

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p)
Samoakceptacja (SA), Poczucie kompetencji (PK), Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)

Przeprowadzone analizy statystyczne nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w zakresie samooceny. Jednak należy zwrócić uwagę na nieco wyższą średnią w zakresie samooceny osób z niepełnosprawnością nabytą w dwóch podskalach. Warto podkreślić, że zarówno osoby z niepełnosprawnością nabytą, jak i wrodzoną mają wyższe wyniki w zakresie poczucia kompetencji. W tej podskali odchylenia standardowe kształtowały się na niższym poziomie (SD=3,63 dla studentów z niepełnosprawnością wrodzoną, SD=3,59 dla studentów z niepełnosprawnością nabytą), zaś dla samoakceptacji występowały one na poziomie SD=8,50 dla studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i SD=7,13 dla studentów z niepełnosprawnością nabytą. Wyniki te wskazują, że badani studenci z niepełnosprawnością są skłonni wyżej oceniać własne poczucie kompetencji, w stosunku do samoakceptacji, a także w tym zakresie są grupą bardziej jednorodną.

W celu ustalenia poziomu poszczególnych wymiarów samooceny wśród badanych studentów wyniki surowe zostały przeliczone na steny. Rozkład procentowy w zakresie wyników niskich, przeciętnych i wysokich dla samoakceptacji znajduje się w tabeli nr 24. Wynika z niego, że w zakresie samoakceptacji stosunkowo wysoki procent badanych, zarówno w grupie z wrodzoną (48,65%), jak i nabytą niepełnosprawnością (48,15%) odznacza się niskim poziomem samoakceptacji. Wysokie poczucie samoakceptacji miał niski procent badanych zarówno w grupie studentów z niepełnosprawnością wrodzoną (14,86%), jak i w grupie studentów z niepełnosprawnością nabytą (5,55%). Analiza statystyczna z zastosowaniem testu $\chi 2$ ujawniła brak istotnych statystycznie różnic między badanymi w zakresie poziomu samoakceptacji.

Tab. 24. *Poziom samoakceptacji badanych - studenci z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Poziom samoakceptacji	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową	
	N	%	N	%
Niski	36	48,65	26	48,15
Przeciętny	27	36,49	25	46,30
Wysoki	11	14,86	3	5,55
Ogółem	74	100	54	100

$\chi 2 = 25,15; p<0,761$

W skład kwestionariusza samooceny wchodzi również poczucie kompetencji, którego rozkład wyników jest zaprezentowany w tabeli nr 25. Uzyskane wyniki w zakresie poczucia kompetencji wskazują, że stosunkowo wysoki odsetek badanych, zarówno w grupie z niepełnosprawnością wrodzoną (54,05%), jak i niepełnosprawnością nabytą (57,41%) odznacza się przeciętnym poczuciem tego zasobu. Niewielki procent badanych ma niski poziom poczucia kompetencji (5,4% dla osób z niepełnosprawnością wrodzoną, 1,85% dla osób z niepełnosprawnością nabytą).

Tab. 25. *Poziom poczucia kompetencji badanych - studenci z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Poziom poczucia kompetencji	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową	
	N	%	N	%
Niski	4	5,40	1	1,85
Przeciętny	40	54,05	31	57,41
Wysoki	30	40,54	22	40,74
Ogółem	74	100	54	100

$\chi 2 = 1,03; p < 0,585$

Wyższy procent badanych w stosunku do wymiaru samooceny, jakim jest samoakceptacja, odznacza się wysokim poziomem poczucia kompetencji (40,54% dla osób z niepełnosprawnością wrodzoną, 40,74% dla osób z niepełnosprawnością nabytą). Analiza statystyczna z zastosowaniem testu $\chi 2$ ujawniła brak istotnych statystycznie różnic między badanymi w zakresie poziomu poczucia kompetencji.

Poziom wyniku ogólnego samooceny otrzymany poprzez przeliczenie wyników surowych badanych na steny dla obydwu grup został zaprezentowany w tabeli nr 26.

Tab. 26. *Samoocena – wynik ogólny – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Samoocena – wynik ogólny	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową	
	N	%	N	%
Niski	22	29,73	11	20,37
Przeciętny	42	56,76	40	74,07
Wysoki	10	13,51	3	5,55
Ogółem	74	100	54	100

$\chi 2 = 4{,}47$; $p < 0{,}107$

W ogólnym wyniku samooceny większość badanych w rozkładzie procentowym odznacza się samooceną na poziomie przeciętnym (56,76% dla grupy z niepełnosprawnością wrodzoną, 74% dla osób z niepełnosprawnością nabytą). Samooceną na poziomie niskim charakteryzuje się wyższy procent badanych (29,73% dla osób z niepełnosprawnością wrodzoną, 20,37% dla osób z niepełnosprawnością nabytą), w stosunku do samooceny na wysokim poziomie (13,51% dla osób z niepełnosprawnością wrodzoną, 5,55% dla osób z niepełnosprawnością nabytą). Analiza statystyczna z zastosowaniem testu $\chi 2$ ujawniła brak istotnych statystycznie różnic między badanymi w zakresie ogólnego wyniku samooceny.

Kolejnym badanym zasobem radzenia sobie było poczucie własnej skuteczności, które w tym projekcie badawczym jest rozumiane jako przekonanie, że osoba jest w stanie skutecznie poradzić sobie z różnymi trudnymi sytuacjami życiowymi. Wpływa ono na postrzeganie, motywację i poziom wykonania zadań w różnych obszarach funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością (R. J. Gerrig, P. G. Zimbardo, 2006, s. 447). Poczucie własnej skuteczności zostało zbadane za pomocą Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES R. Schwarzera, M. Jerusalema.

W tabeli nr 27 przedstawione zostały średnie wyniki badanych w zakresie poczucia własnej skuteczności, a także wyniki analizy statystycznej przeprowadzonej za pomocą testu t-Studenta dla danych niezależnych.

Tab. 27. *Poczucie własnej skuteczności badanych – zestawienie wyniku ogólnego studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
PWS-WO	30,56	5,09	29,83	5,34	0,78	0,436

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p)

Poczucie własnej skuteczności (PWS-WO)

Z przeprowadzonych analiz statystycznych wynika, że pomiędzy grupami studentów z niepełnosprawnością nabytą i wrodzoną nie występuje różnica istotna statystycznie w zakresie poczucia własnej skuteczności. Obydwie grupy badanych mają zbliżone wyniki, zarówno w zakresie otrzymanych wartości średnich, jak i odchyleń standardowych.

Przeliczenie wyników surowych na steny pozwoliło na ustalenie poziomu przekonania o własnej skuteczności badanych. Zestawienie tych wyników znajduje się w tabeli nr 28.

Tab. 28. *Poziom poczucia własnej skuteczności u badanych – studenci z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Poczucie własnej skuteczności – wynik ogólny	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową	
	N	%	N	%
Niski	8	10,96	8	14,81
Przeciętny	45	61,64	34	62,96
Wysoki	20	27,40	12	22,22
Ogółem	74	100	54	100

$\chi 2 = 0,70$; $p < 0,703$

Studenci w obydwu grupach osiągnęli w znacznym procencie wyniki na poziomie przeciętnym w zakresie poczucia własnej skuteczności (61,64% badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, 62,96% z niepełnosprawnością nabytą). Wysokie wyniki w zakresie poczucia własnej skuteczności osiągnęło 27,40% badanych z niepełnosprawnością wrodzoną oraz 22,22% z niepełnosprawnością nabytą, a tylko niewielki procent badanych osiągnął wyniki na poziomie niskim (10,96% badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, 14,81% z niepełnosprawnością nabytą). Analiza statystyczna z zastosowaniem testu $\chi 2$ ujawniła brak istotnych statystycznie różnic między badanymi w zakresie poziomu poczucia własnej skuteczności.

Kolejnym zasobem radzenia sobie badanym wśród studentów z niepełnosprawnością ruchową była nadzieja podstawowa. Zasób ten reguluje przekonanie jednostki na temat otaczającego ją świata. Wyraża się on w dwóch przekonaniach: świat ma obiektywny porządek i sens, oraz że świat jest przychylny ludziom (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 8). Nadzieja podstawowa została zbadana za pomocą kwestionariusza Nadziei Podstawowej BHI-12 J. Trzebińskiego i M. Zięby.

Z przeprowadzonych analiz statystycznych wynika, że pomiędzy grupami studentów z niepełnosprawnością nabytą i wrodzoną nie występują różnice istotne

statystycznie w zakresie nadziei podstawowej (NP-WO). Wyliczenia statystyczne wraz ze średnimi wynikami badanych znajdują się w tabeli nr 29.

Tab. 29. *Nadzieja podstawowa badanych – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
NP-WO	30,77	4,52	30,30	5,10	0,55	0,580

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p)

Nadzieja podstawa – wynik ogólny (NP-WO)

Natomiast rozkłady wyników niskich, przeciętnych i wysokich, które powstały w rezultacie przeliczenia wyników surowych na steny znajdują się w tabeli nr 30. Wśród badanych studentów z niepełnosprawnością wrodzoną aż 67,57% odznacza się przeciętnym poziomem nadziei podstawowej, zaś wśród studentów z niepełnosprawnością nabytą 59,26%. Wysokie poczucie nadziei podstawowej ma 18,92% studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i 18,52% badanych z niepełnosprawnością nabytą. Studenci z niepełnosprawnością wrodzoną w zakresie tego zasobu są grupą w znacznym stopniu jednorodną, w której nadzieja podstawowa występuje głównie na poziomie przeciętnym. Analiza statystyczna z zastosowaniem testu $\chi2$ ujawniła brak istotnych statystycznie różnic między badanymi w zakresie poziomu nadziei podstawowej.

Tab. 30. *Poziom nadziei podstawowej u badanych – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Poziom nadziei podstawowej	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową	
	N	%	N	%
Niski	10	13,51	12	22,22
Przeciętny	50	67,57	32	59,26
Wysoki	14	18,92	10	18,52
Ogółem	74	100	54	100

$\chi2 = 1,17; p < 0,424$

Ostatnim analizowanym zasobem jest wsparcie społeczne rozumiane jako wymiana o charakterze emocjonalnym, informacyjnym lub rzeczowym, które pozwala na przezwyciężanie trudności. Warunkiem niezbędnym do zaistnienia wsparcia są obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, z którymi jednostka jest

powiązana. Do sieci społecznych należą zarówno rodzina, grupa koleżeńska, jak i instytucje (H. Sęk, 1991, s. 31). Wsparcie społeczne studentów z niepełnosprawnością realizowane jest zarówno w środowisku rodzinnym, miejscu zamieszkania, jak i w środowisku akademickim. Zostało ono zbadane Skalą Wsparcia Społecznego K. Kmiecik-Baran. W kwestionariuszu są następujące podskale, które badają różne wymiary wsparcia społecznego: wsparcie informacyjne (WS-INF); wsparcie instrumentalne (WS-INS), wsparcie wartościujące (WS-W), wsparcie emocjonalne (WS-EM), wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO). Ponadto w kwestionariuszu tym badani mają się odnieść do poszczególnych grup społecznych, od których otrzymują wsparcie: rodziny, rodzeństwa, innych krewnych, kolegów z uczelni i osiedla, sąsiadów, nauczycieli akademickich, a także nieznajomych.

W tabeli nr 31 zostały przedstawione średnie wyniki w zakresie wsparcia społecznego badanych, a także wyniki analizy statystycznej przeprowadzonej za pomocą testu t-Studenta dla danych niezależnych.

Tab. 31. *Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
WS-INF	42,50	17,47	44,17	12,95	-0,59	0,555
WS-INS	31,83	16,31	30,17	13,19	0,62	0,537
WS-W	30,12	17,79	37,92	16,00	-0,59	0,048*
WS-EM	37,57	17,72	44,81	15,78	-0,41	0,031*
WS-WO	154,02	63,80	157,07	51,77	-0,29	0,773

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p), *p<0,05

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

W wyniku analizy statystycznej przeprowadzonej za pomocą testu t-Studenta dla danych niezależnych w ramach wsparcia społecznego pomiędzy studentami z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą stwierdza się, że istnieją różnice istotne statystycznie w zakresie wsparcia wartościującego i wsparcia emocjonalnego. Studenci z niepełnosprawnością nabytą w stosunku do grupy badanych z niepełnosprawnością wrodzoną znacząco wyżej oceniają wsparcie otrzymywane w tych dwóch zakresach.

Studenci z niepełnosprawnością wrodzoną otrzymują najwyższy poziom wsparcia informacyjnego (M=42,50), a następnie wsparcia emocjonalnego (M=37,57).

Na najniższym poziomie w tej grupie jest wsparcie wartościujące (M=30,12). Natomiast studenci z niepełnosprawnością nabytą najwyżej oceniają wsparcie w zakresie emocjonalnym (M=44,81), a następnie wsparcie informacyjne (M=44,17). Przy czym należy zauważyć, że wyniki badanych z niepełnosprawnością nabytą są wyższe we wszystkich wymiarach wsparcia, poza wsparciem instrumentalnym (M=31,83 studentów z niepełnosprawnością wrodzoną, M=30,17 studentów z niepełnosprawnością nabytą).

W zakresie wsparcia społecznego dane empiryczne zostały zebrane w odniesieniu do grup społecznych, w których funkcjonują badani studenci. Analiza danych została przeprowadzona zgodnie z poziomem bliskości w relacjach, dlatego w pierwszej kolejności analizie zostały poddane relacje rodzinne, następnie relacje koleżeńskie, zaś na samym końcu relacje z osobami nieznajomymi, a tym samym mającymi kontakt ze studentami w sposób incydentalny. W tabeli nr 32 zostały przedstawione średnie wyniki badanych w zakresie wsparcia społecznego otrzymywanego od rodziny, a także wyniki analizy statystycznej przeprowadzonej za pomocą testu t-Studenta dla danych niezależnych

Tab. 32. *Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych od rodziny – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
WS-INF	7,84	2,63	8,00	1,57	-0,40	0,687
WS-INS	7,55	2,83	7,76	2,03	-0,45	0,650
WS-W	6,44	2,81	7,30	1,71	-1,06	0,020*
WS-EM	7,85	2,45	7,91	1,81	-0,14	0,887
WS-WO	30,08	9,31	30,96	5,24	-0,63	0,532

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p), *p<0,05

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

Test t-Studenta dla danych niezależnych wykazał różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi grupami w zakresie wsparcia wartościującego, otrzymywanego od rodziny. Studenci z niepełnosprawnością wrodzoną otrzymują mniej takiego wsparcia od rodziny, w stosunku do badanych z niepełnosprawnością nabytą. Natomiast studenci z niepełnosprawnością wrodzoną oceniają, że od rodziny otrzymują najwyższy poziom wsparcia w zakresie wsparcia emocjonalnego (M=7,85), a następnie na bardzo

zbliżonym poziomie wsparcie informacyjne (M=7,84). Studenci z niepełnosprawnością nabytą oceniają, że najwięcej wsparcia otrzymują od rodziny w zakresie wsparcia informacyjnego (M=8,00), a następnie wsparcia emocjonalnego (M=7,91).

Kolejnymi osobami, które udzielają wsparcia studentom z niepełnosprawnością jest rodzeństwo. Dane liczbowe dotyczące wsparcia od rodzeństwa znajdują się w tabeli nr 33.

Tab. 33. *Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych od rodzeństwa – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
WS-INF	5,78	3,67	5,28	3,77	0,76	0,448
WS-INS	4,97	3,62	4,72	3,46	0,39	0,694
WS-W	5,24	3,74	5,07	3,69	0,25	0,800
WS-EM	5,28	3,70	5,99	3,78	0,87	0,024*
WS-WO	21,97	13,77	20,46	13,79	0,61	0,541

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p), *p<0,05

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

Test t-Studenta dla danych niezależnych wykazał istotne różnice statystyczne pomiędzy grupami w zakresie wsparcia emocjonalnego. Studenci z niepełnosprawnością nabytą istotnie wyżej oceniają wsparcie emocjonalne (M=5,99) otrzymywane od rodzeństwa, niż studenci z niepełnosprawnością wrodzoną (M=5,28). Natomiast studenci z niepełnosprawnością wrodzoną najwyżej oceniają wsparcie w zakresie informacyjnym (M=5,78), zaś studenci z niepełnosprawnością nabytą wsparcie emocjonalne.

Następną grupą, która może udzielać wsparcia dla studentów z niepełnosprawnością są inni krewni. Otrzymane średnie wyniki, a także analizy statystyczne dla danych niezależnych przeprowadzonych testem t-Studenta znajdują się w tabeli nr 34.

Tab. 34. *Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych od krewnych – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
WS-INF	5,96	3,20	6,44	2,12	-0,97	0,335
WS-INS	5,03	3,31	4,78	2,88	0,44	0,658
WS-W	5,28	2,97	6,13	2,74	-1,64	0,103
WS-EM	6,49	3,11	7,15	2,09	-1,36	0,177
WS-WO	22,76	11,55	24,50	8,27	-0,94	0,346

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p) Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

W zakresie wsparcia od innych krewnych badani studenci otrzymują również na najwyższym poziomie wsparcie emocjonalne (M=6,49 badani z niepełnosprawnością wrodzoną, M=7,15 badani z niepełnosprawnością nabytą). W następnej kolejności obydwie grupy badanych oceniają, że otrzymują wsparcie informacyjne (M=5,96 badani z niepełnosprawnością wrodzoną, M=6,44 badani z niepełnosprawności nabytą). Przy czym w ogólnym wyniku wsparcia studenci z niepełnosprawnością nabytą (M=24,50) nieco wyżej oceniają otrzymywanie wsparcia od innych krewnych, niż studenci z niepełnosprawnością wrodzoną (M=22,76). Należy również podkreślić, że krewni udzielają wsparcia społecznego badanym na niższym poziomie niż osoby zaliczone do rodziny, ale na wyższym w stosunku do rodzeństwa badanych, zarówno w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą. Test t-Studenta dla danych niezależnych nie wykazał różnic istotnych statystycznie między badanymi grupami, w zakresie otrzymywanego wsparcia społecznego od krewnych.

Grupą, od której studenci z niepełnosprawnością mogą otrzymywać wsparcie w kolejnej grupie zabezpieczenia społecznego są koledzy z uczelni. Zestawienie wyników dla obu grup badanych znajduje się w tabeli nr 35.

Tab. 35. *Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych od kolegów z uczelni – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
WS-INF	6,36	2,63	6,57	2,12	-0,48	0,631
WS-INS	4,88	2,73	4,30	2,65	1,20	0,230
WS-W	4,61	2,68	5,80	2,56	0,03	0,045*
WS-EM	6,09	2,69	6,52	2,52	-0,07	0,036*
WS-WO	23,54	9,35	23,18	8,40	0,22	0,825

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p), *p<0,05

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

Z przeprowadzonych analiz statycznych testem t-Studenta wynika, że różnice istotne statystycznie występują między grupami w zakresie wsparcia emocjonalnego, a także wsparcia wartościującego. Studenci z niepełnosprawnością nabytą znacznie wyżej niż studenci z niepełnosprawnością wrodzoną oceniają wsparcie w tych zakresach. Natomiast obydwie grupy najwyżej oceniają wsparcie informacyjne płynące od kolegów z uczelni. Należy również zaznaczyć, że grupa rówieśnicza w ocenie badanych udziela im więcej wsparcia w stosunku do rodzeństwa, jak i innych krewnych, przy czym studenci z niepełnosprawnością wrodzoną nieznacznie wyżej oceniają to wsparcie w stosunku do studentów z niepełnosprawnością nabytą.

Inną grupą, od której studenci z niepełnosprawnością otrzymują wsparcie społeczne są koledzy z osiedla. Dokładne dane liczbowe dla tej grupy zawarte są w tabeli nr 36.

Tab. 36. *Wsparcie społeczne otrzymywane badanych od kolegów z osiedla – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
WS-INF	3,76	3,69	4,59	3,35	-1,31	0,191
WS-INS	2,94	3,21	3,02	2,90	-0,13	0,896
WS-W	3,20	3,33	4,15	3,36	-1,42	0,027*
WS-EM	3,64	3,61	4,89	3,55	-1,47	0,014*
WS-WO	13,94	12,99	16,65	12,18	-1,19	0,235

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p), *p<0,05

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

Badani z niepełnosprawnością wrodzoną najwyżej oceniają wsparcie od kolegów z osiedla w zakresie informacyjnym (M=3,76), a następnie emocjonalnym (M=3,64), zaś badani z niepełnosprawnością nabytą najwyżej oceniają wsparcie emocjonalne (M=4,89), a następnie informacyjne (M=4,59). Test t-Studenta dla danych niezależnych wykazał różnice istotne statystycznie między badanymi grupami, w zakresie wsparcia emocjonalnego i wartościującego. Osoby z niepełnosprawnością nabytą istotnie wyżej oceniają wsparcie otrzymywane w tych zakresach od kolegów z osiedla. Jest to grupa, która udziela znacznie mniej wsparcia badanym, niż koledzy z uczelni.

Następną grupą, od której studenci z niepełnosprawnością otrzymują wsparcie społeczne są sąsiedzi. Zestawienie wyników wsparcia otrzymywanego przez badanych z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą od sąsiadów znajduje się w tabeli nr 37.

Tab. 37. *Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych od sąsiadów – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
WS-INF	3,58	3,10	3,85	3,07	-0,49	0,625
WS-INS	2,12	2,70	1,91	2,16	0,48	0,631
WS-W	3,01	3,09	3,11	2,67	-0,19	0,852
WS-EM	4,11	3,47	4,28	3,40	-0,27	0,783
WS-WO	12,82	11,22	13,15	10,10	-0,17	0,867

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p)

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

Analizy statystyczne nie wykazały istotnych statystycznie różnic pomiędzy diagnozowanymi grupami w zakresie wsparcia otrzymywanego od sąsiadów. Studenci z niepełnosprawnością wrodzoną oceniają najwyżej wsparcie emocjonalne (M=4,11) udzielane im przez sąsiadów, a następnie wsparcie informacyjne (M=3,58). Podobną tendencję można zaobserwować u studentów z niepełnosprawnością nabytą (M=4,28 wsparcie emocjonalne, M=3,85 wsparcie informacyjne), przy czym oni wyżej oceniają wsparcie od sąsiadów we wszystkich zakresach w stosunku do studentów z niepełnosprawnością wrodzoną, poza wsparciem instrumentalnym (M=1,91 badani z niepełnosprawnością nabytą, M=2,12 badani z niepełnosprawnością wrodzoną).

Studenci z niepełnosprawnością otrzymują wsparcie również od nauczycieli akademickich. W tabeli nr 38 znajdują się wyniki analizy przeprowadzonej za pomocą testu t-Studenta dla danych niezależnych.

Tab. 38. *Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych od nauczycieli – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
WS-INF	5,76	2,98	5,91	2,44	-0,30	0,761
WS-INS	2,61	2,45	2,26	2,18	0,83	0,407
WS-W	3,99	2,96	4,07	2,77	-0,17	0,865
WS-EM	5,50	3,40	5,76	2,79	-0,46	0,647
WS-WO	21,00	11,22	21,65	9,05	-0,35	0,727

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p)

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

Dane zawarte w tabeli wskazują, że studenci z niepełnosprawnością nabytą nieznacznie wyżej oceniają wsparcie nauczycieli akademickich, niż studenci z niepełnosprawnością wrodzoną. W opinii obydwu grup badanych nauczyciele akademiccy udzielają im najwięcej wsparcia w zakresie informacyjnym (M=5,76 badani z niepełnosprawnością wrodzoną, M=5,91 badani z niepełnosprawnością nabytą), a następnie w zakresie wsparcia emocjonalnego (M=5,50 badani z niepełnosprawnością wrodzoną, 5,76 badani z niepełnosprawnością nabytą), którego ocena jest nieznacznie niższa od wsparcia informacyjnego. Należy również podkreślić, że wsparcie nauczycieli akademickich w ogólnym poziomie wsparcia społecznego jest wynikiem zbliżone do wsparcia kolegów z uczelni. Przeprowadzony test statystyczny (test t-Studenta) mający na celu porównanie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą nie wykazał w zakresie wsparcia otrzymywanego przez badanych od nauczycieli akademickich różnic istotnych statystycznie pomiędzy badanymi studentami.

Ostatnią grupą, od której otrzymywane wsparcie ocenili badani studenci są osoby nieznajome. Wyniki analizy przeprowadzonej za pomocą testu t-Studenta dla danych niezależnych znajdują się w tabeli nr 39.

Tab. 39. *Wsparcie społeczne otrzymywane przez badanych od osób nieznajomych – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	SD	M	SD	t	p
WS-INF	3,46	3,17	3,52	2,83	-0,11	0,913
WS-INS	1,73	2,53	1,42	1,75	0,76	0,449
WS-W	2,65	3,04	2,30	2,44	0,70	0,484
WS-EM	3,22	3,00	2,92	2,91	0,55	0,585
WS-WO	11,05	10,33	10,17	8,51	0,52	0,607

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p)

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

Analizowane wyniki wskazują, że studenci z niepełnosprawnością wrodzoną wyżej oceniają wsparcie od osób nieznajomych. Obydwie grupy najwyżej wartościują wsparcie w zakresie informacyjnym (M=3,46 badani z niepełnosprawnością wrodzoną, M=3,52 badani z niepełnosprawnością nabytą), następnie zaś wsparcie w zakresie emocjonalnym (M=3,22 badani z niepełnosprawnością wrodzoną, M=2,92 badani z niepełnosprawnością nabytą). Z przeprowadzonych analiz statystycznych testem t-Studenta dla danych niezależnych wynika, że między dwiema grupami badanych nie występują różnice istotne statystycznie w zakresie wsparcia otrzymywanego od osób nieznajomych.

Na podsumowanie analizy danych z kwestionariusza, w którym badani studenci z niepełnosprawnością oceniali wsparcie otrzymywane od grup społecznych gdzie na co dzień funkcjonują, należy podkreślić, że rodzina jest najważniejszym źródłem wsparcia, zarówno dla studentów z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, przy czym w ocenie badanych wyższy poziom wsparcia otrzymują od innych krewnych, niż od rodzeństwa. Szczególnie ważnymi grupami dla studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim są zarówno koledzy z roku, jak i nauczyciele akademiccy. Warto również zauważyć, że najwyżej przez badanych oceniane jest wsparcie informacyjne, a następnie emocjonalne. W kwestii wsparcia emocjonalnego jawi się ważne spostrzeżenie, że studenci w mniejszym zakresie, ale jednak otrzymują je od osób, z którymi niekoniecznie mają intensywne kontakty tj.: sąsiadów, kolegów z uczelni, jak również osób nieznajomych.

Na zakończenie rozważań dotyczących wyników badań postrzegania autonomii i zasobów radzenia sobie należy podkreślić, że studenci z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą są grupami do siebie podobnymi. Różnice istotne statystycznie pomiędzy nimi występują jedynie w zakresie podskal autonomii rodzinnej i towarzysko-interpersonalnej.

Dokonując podsumowania w zakresie diagnozy strategii radzenia sobie i zasobów radzenia sobie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą należy podkreślić, że obydwie grupy preferują zdecydowanie adaptacyjne strategie radzenia sobie: aktywne radzenie, planowanie, akceptację i pozytywne przewartościowanie. Dodatkowo między grupami występują różnice istotne statystycznie w zakresie strategii radzenia sobie w postaci akceptacji, którą bardziej preferują studenci z niepełnosprawnością wrodzoną.

Analiza wyników badań w zakresie zasobów radzenia sobie pozwala na stwierdzenie, że badani jako grupa mają niższy poziom zasobu w postaci samoakceptacji. Dominują w jej zakresie wyniki na poziomie niskim i przeciętnym. Natomiast w zakresie samooceny wymiarem, w którym badani osiągnęli wyniki na poziomie przeciętnym i wysokim jest poczucie kompetencji. Na podobnym poziomie ukształtowały się rezultaty badań w zakresie poczucia własnej skuteczności. Nadzieja podstawowa kształtowała się w badanych grupach głównie na poziomie przeciętnym. Przeprowadzony test statystyczny mający na celu porównanie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą (Test t-Studenta) wykazał różnice istotne statystycznie w zakresie wsparcia społecznego otrzymywanego przez badanych od rodziny, rodzeństwa, kolegów z uczelni i kolegów z osiedla. Warto dodać, że różnice istotne statystycznie zostały uchwycone w zakresie wsparcia emocjonalnego i wartościującego, które przez badanych z niepełnosprawnością nabytą zostało wyżej ocenione, niż przez badanych z niepełnosprawnością wrodzoną.

W kolejnym rozdziale szczegółowej analizie zostaną poddane zależności między zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u osób badanych.

Rozdział VI
Zależności między zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u osób badanych

Autonomia osób z niepełnosprawnością ruchową jest ograniczona poprzez uwarunkowania zdrowotne wynikające z doświadczanego schorzenia, a w dalszej konsekwencji z barier, które powstają w wyniku na skutek relacji pomiędzy jednostką z niepełnosprawnością, a jej otoczeniem nieprzygotowanym do tworzenia warunków dostępnych na różnych płaszczyznach społecznego funkcjonowania. Płaszczyzny te w pierwszej kolejności wiążą się z dostępnością przestrzeni prywatnej, a w dalszej kolejności z dostępem do przestrzeni publicznej, wolnej zarówno od barier architektonicznych, jak i społecznych, które ograniczają możliwość realizowania przez jednostkę życia zgodnego jej z oczekiwaniami, wartościami, czy zdolnościami. Na obecnym etapie rozwoju życia społecznego obok refleksji nad tworzeniem przestrzeni dostępnej dla osób z niepełnosprawnością rodzi się również pytanie o indywidualne uwarunkowania autonomii wynikające z zasobów wewnętrznych jednostki. W rozdziale tym dokonano interpretacji zależności między strategiami i zasobami radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością ruchową, a ich postrzeganiem autonomii.

Do ustalenia powiązań między zmiennymi niezależnymi a postrzeganiem autonomii (zmienną zależną) u badanych studentów zastosowano analizę korelacyjną r-Pearsona. W celu określenia wkładu poszczególnych zmiennych niezależnych (strategie radzenia sobie, zasoby radzenia sobie) w wyjaśnianie poszczególnych wymiarów postrzegania autonomii wykorzystano krokową postępującą analizę regresji. Stosownych obliczeń dokonano odrębnie dla obu grup badanych studentów.

6.1. Radzenie sobie a postrzeganie autonomii u badanych

Opierając się na literaturze przedmiotu z zakresu radzenia sobie można przyjąć, że stosowanie właściwych strategii radzenia sobie mobilizuje jednostkę do działania, ukierunkowuje przebieg jej aktywności zaradczej, przyczynia się do podejmowania wyzwań poprawiających jakość jej życia, ale również podejmowania autonomicznej aktywności zgodnej z przyjętymi przez siebie celami, pomimo napotykanych

we własnym życiu ograniczeń lub trudności (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 240). W świetle tych informacji strategie radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością ruchową pozwalają im radzić sobie z ograniczeniami wynikającymi z dysfunkcji narządu ruchu, a także z wyzwaniami płynącymi ze środowiska akademickiego. Strategie radzenia sobie przyczyniają się do ciągłego równoważenia wymagań i możliwości człowieka, a tym samym pomagają w kształtowaniu jego autonomii (N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, s. 240).

Analizy wzajemnych powiązań między zmienną zależną, jaką jest postrzeganie autonomii w jej różnych wymiarach, a zmienną niezależną, czyli strategiami radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą dokonano za pomocą analizy korelacji r-Pearsona. Otrzymane wyniki analizy statystycznej dla studentów z niepełnosprawnością wrodzoną znajdują się w tabeli nr 40.

Tab. 40. *Postrzeganie autonomii a strategie radzenia sobie u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Podskale autonomii / Strategie radzenia sobie	A-M	A-P	A-R	A-F	A-WCz	A-SP	A-PN	A-OC
AR	0,03	0,23*	0,12	0,32**	0,32**	0,43***	0,38***	0,25*
PL	0,20	0,15	0,18	0,17	0,21	0,29*	0,36*	0,21
PP	0,12	0,11	0,19	0,08	0,22	0,17	0,14	0,03
AK	0,08	0,23*	0,26*	0,25*	0,30**	0,24*	0,15	0,20
PH	0,09	0,10	0,12	0,06	0,20	-0,00	0,05	-0,07
REL	0,02	0,14	0,10	-0,22	-0,15	-0,01	-0,10	-0,10
PWE	0,02	0,10	0,00	0,11	0,09	0,42***	0,15	0,31**
PWI	0,16	0,19	0,16	-0,03	0,02	0,23	0,17	0,12
ZC	0,10	0,13	0,07	0,08	0,13	0,02	0,00	-0,09
ZAP	-0,12	-0,20	-0,05	0,01	-0,13	0,02	-0,08	0,00
WYŁ	-0,18	0,03	-0,10	0,14	0,05	-0,06	-0,15	-0,17
ZSP	-0,04	0,07	-0,01	-0,03	-0,01	-0,16	-0,08	-0,32*
ZD	0,03	-0,13	-0,09	-0,33**	-0,30**	-0,37**	-0,37**	-0,37**
OS	0,02	-0,08	-0,06	-0,02	0,05	-0,32**	-0,25*	-0,24*

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Aktywne Radzenie Sobie (AR); Planowanie (PL); Pozytywne przewartościowanie (PP); Akceptacja (AK); Poczucie humoru (PH); Zwrot ku religii (REL); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE); Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI); Zajmowanie się czymś innym (ZC); Zaprzeczanie (ZAP); Wyładowanie (WYŁ); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP); Zaprzestanie działań (ZD); Obwinianie siebie (OS).

W wyniku przeprowadzenia analizy korelacyjnej zebranych danych empirycznych uzyskano rezultaty, które są podstawą do przyjęcia założeń o związku określonych strategii radzenia sobie z postrzeganiem przez badanych rożnych wymiarów autonomii. Siła związków korelacyjnych w grupie badanych studentów z wrodzoną niepełnosprawnością kształtuje się na poziomie niskim i umiarkowanym. Strategią radzenia sobie, z którą uchwycono związki o charakterze istotnym statystycznie jest aktywne radzenie sobie. Badani korzystający z tej strategii radzenia sobie lepiej oceniają własną autonomię w prawie wszystkich zakresach, poza autonomią mobilności i autonomią rodzinną.

Strategią, w ramach której uchwycono istotne statystycznie związki jest akceptacja. Ujawnione związki wskazują, że preferowanie przez badanych aktywnego radzenia sobie, a także akceptacji sprzyja wyższej ocenie w następujących wymiarach autonomii: pielęgnacyjnym, rodzinnym, finansowym, czasu wolnego, towarzyskim. Uchwycono również związki zależnościowe o wartości ujemnej pomiędzy strategiami radzenia sobie takimi jak: zaprzestanie działań i obwinianie siebie. Przy czym, strategia zaprzestania działań pozostaje w istotnych statystycznie związkach z takimi wymiarami postrzegania autonomii jak: finansowym, czasu wolnego, towarzysko-społecznym oraz nauki i pracy, zaś obwinianie siebie z wymiarem: towarzyskim, pracy zawodowej oraz ogólną oceną autonomii.

Uchwycone zależności potwierdzają, że adaptacyjne radzenie sobie z różnego rodzaju stresorami sprzyja pozytywnej ocenie własnej autonomii. Autonomia bowiem w samej swojej istocie wiąże się ze zdolnością jednostki do podejmowania i realizowania zadań, celów zgodnych z jej preferencjami, wartościami oraz oczekiwaniami. Natomiast przyjmowanie w sytuacjach trudnych, niekonstruktywnych strategii radzenia ogranicza ocenę własnej autonomii, szczególnie poprzez zaprzestanie działań, a także obwinianie siebie. Szczególnie wrażliwym na strategie radzenia sobie jest towarzysko-społeczny wymiar autonomii, w którym występują umiarkowane lub zbliżone do umiarkowanego zależności istotne statystycznie. Należy również zwrócić uwagę na związki istotne statystycznie pomiędzy strategią radzenia sobie w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego a autonomią towarzysko-społeczną, a także ogólną oceną własnej autonomii. Uchwycone związki zależnościowe istotne statystycznie pozwalają stwierdzać, że dla tej grupy badanych nasilone poszukiwanie wsparcia emocjonalnego jest związane z wyższą oceną w tych wymiarach autonomii.

Tab. 41. *Postrzeganie autonomii a strategie radzenia sobie u badanych z niepełnosprawnością nabytą – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Podskale autonomii / Strategie radzenia sobie	A-M	A-P	A-R	A-F	A-WCz	A-SP	A-PN	A-OC
AR	-0,03	0,15	0,02	0,11	0,23*	0,14	-0,09	0,12
PL	-0,07	-0,04	-0,22*	-0,08	-0,23*	0,09	-0,17	-0,06
PP	0,03	-0,07	0,06	0,03	0,03	0,17	0,11	0,27**
AK	-0,06	0,04	0,03	-0,23*	-0,05	0,31**	0,08	0,26
PH	-0,10	-0,13	-0,15	-0,02	-0,03	-0,05	0,02	-0,05
REL	0,04	-0,11	-0,23*	0,03	-0,07	-0,06	0,02	-0,12
PWE	-0,04	-0,05	-0,08	-0,05	-0,03	0,26**	-0,06	0,25*
PWI	-0,03	-0,09	-0,12	0,02	-0,01	0,04	-0,23*	-0,24*
ZC	-0,06	-0,18	-0,08	0,02	0,06	0,05	0,05	-0,08
ZAP	0,04	-0,23*	-0,10	-0,05	-0,22*	-0,17	-0,12	-0,19
WYŁ	-0,06	-0,04	0,00	0,22	0,17	-0,26**	-0,02	-0,18
ZSP	0,11	-0,02	0,10	0,14	0,11	-0,22*	-0,04	-0,06
ZD	0,09	-0,25*	0,11	0,07	0,12	-0,11	-0,06	-0,15
OS	0,07	-0,02	0,03	0,23*	0,26*	-0,16	-0,06	-0,24*

*p<0,05; **p<0,01

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Aktywne Radzenie Sobie (AR); Planowanie (PL); Pozytywne przewartościowanie (PP); Akceptacja (AK); Poczucie humoru (PH); Zwrot ku religii (REL); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE); Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI); Zajmowanie się czymś innym (ZC); Zaprzeczanie (ZAP); Wyładowanie (WYŁ); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP); Zaprzestanie działań (ZD); Obwinianie siebie (OS).

Natomiast wyniki dotyczące związków korelacyjnych pomiędzy postrzeganiem autonomii a strategiami radzenia sobie u badanych z niepełnosprawnością nabytą znajdują się w tabeli nr 41. Na wstępie należy zaznaczyć, że uzyskane wyniki analizy korelacji r-Pearsona mają niższą istotność statystyczną w stosunku do badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, a także w stosunku do tej samej grupy badanych uchwycone korelacje kształtują się raczej na poziomie niższym. Wśród badanych z niepełnosprawnością nabytą między postrzeganiem autonomii a strategiami radzenia sobie uchwycono następujące pozytywne związki istotne statystycznie: między aktywnym radzeniem sobie a autonomią czasu wolnego; pozytywnym przewartościowaniem, poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego a autonomią towarzyską i oceną szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami; akceptacją a autonomią towarzysko-społeczną; obwinianiem siebie a autonomią finansową i czasu wolnego.

Uchwycone pozytywne zależności wskazują na rolę strategii radzenia sobie w ocenie różnych wymiarów autonomii, a szczególnie strategii poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Łączy się ona z wyższą oceną dwóch wymiarów autonomii, co wskazuje na jej znaczenie w życiu badanych.

W grupie badanych z niepełnosprawnością nabytą uzyskano również istotne statystycznie korelacje o wartości ujemnej, w zakresie poszukiwania wsparcia instrumentalnego. Uchwycone związki (korelacja niska) wskazują, że badani poszukujący wsparcia instrumentalnego niżej oceniają szanse na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami, a także autonomią w wymiarze nauki i pracy. Ponadto w zakresie tej samej analizy stwierdzono następujące związki o wartości ujemnej: między zaprzeczaniem a autonomią czasu wolnego, wyładowywaniem emocji a autonomią towarzysko-interpersonalną, zażywaniem substancji psychoaktywnych a autonomią towarzysko-interpersonalną, zaprzestaniem działań a autonomią pielęgnacyjną, oraz obwinianiem siebie a oceną szans na osiągniecie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami, autonomią finansową, a także autonomią czasu wolnego. Uchwycone zależności wskazują, że preferowanie przez badanych z niepełnosprawnością nabytą niekonstruktywnych strategii radzenia sprzyja obniżeniu ich oceny autonomii, nawet w zakresie tak podstawowego wymiaru funkcjonowania, jak autonomia pielęgnacyjna. Prawdopodobnie przeżywanie przez osobę z niepełnosprawnością nabytą poczucia winy za własny stan powoduje, że nie jest ona w stanie podejmować aktywności w czasie wolnym, które mogłyby dla niej być formą rozrywki i przyjemności, a także nie jest w stanie planować własnej przyszłości.

Wymiarami autonomii, w których uchwycono najwięcej związków istotnych statystycznie są ogólna ocena autonomii, a także autonomia czasu wolnego. Ogólna ocena autonomii związana jest zarówno z konstruktywnymi strategiami radzenia sobie, których nasilenie wiąże się ze wzrostem jej oceny, a także strategiami, które są mniej efektywne, wiążąc się z obniżeniem tej oceny. Natomiast w zakresie autonomii czasu wolnego efektywna strategia radzenia sobie jaką jest planowanie, w tej grupie badanych wiąże się z niższą oceną autonomii w tym wymiarze. Strategią radzenia sobie, która łączy się z trzema wymiarami autonomii jest strategia obwiniania siebie. Pomimo tego, że jest ona mało efektywna, jej częstsze stosowanie łączy się ze wzrostem oceny autonomii w zakresie finansowym i czasu wolnego, a z jej obniżeniem w zakresie ogólnej oceny autonomii.

W celu określenia wkładu poszczególnych strategii radzenia sobie w wyjaśnianie postrzegania różnych wymiarów autonomii wykorzystano krokową postępującą analizę regresji. W pierwszej kolejności zostaną przeanalizowane rezultaty w grupie badanych studentów z niepełnosprawnością wrodzoną, a następnie z niepełnosprawnością ruchową nabytą. Wyniki analizy regresji w zakresie postrzegania autonomii mobilności znajdują się w tabeli nr 42.

Tab. 42. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii mobilności*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii mobilności** R= 0,462; Rc^2= 0,130; F(7,66) = 2,56; p< 0,022		
	β	**t(66)**	**p**
PL	0,45	2,55	0,013
WYŁ	-0,58	-3,26	0,002
ZC	0,23	1,83	0,071
ZD	0,27	2,03	0,046
ZSP	0,33	1,99	0,051
PP	-0,29	-1,79	0,077

Planowanie (PL); Wyładowanie (WYŁ); Zajmowanie się czymś innym (ZC); Zaprzestanie działań (ZD); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP); Pozytywne przewartościowanie (PP)

W zakresie postrzegania autonomii mobilności model regresyjny został utworzony przez układ zmiennych w postaci następujących strategii radzenia sobie: planowania, wyładowywania, zajmowania się czymś innym, zaprzestania działań, zażywania substancji psychoaktywnych oraz pozytywnego przewartościowania. Otrzymano w tym modelu istotne statystycznie powiązania miedzy postrzeganiem autonomii mobilności a zmiennymi niezależnymi, a także zbliżone do istotności statystycznej w zakresie zmiennych związanych z pozytywnym przewartościowaniem, zażywaniem substancji psychoaktywnych i zajmowania się czymś innym. Układ przyjętych zmiennych wyjaśnia 13% wariancji analizowanego wymiaru postrzegania autonomii. Znaczenie dla zmienności postrzegania tego wymiaru autonomii mają zarówno strategia wyładowywania, jak i pozytywnego przewartościowania, których preferowanie przez badanych sprzyja obniżeniu oceny w zakresie autonomii mobilności, zaś jej podwyższenie łączy się z preferowaniem przez badanych strategii radzenia sobie w postaci planowania, zajmowania się czymś innym, zaprzestania działań i zażywania substancji psychoaktywnych. Największy wkład w wyjaśnienie postrzegania tego wymiaru autonomii ma zmienna w postaci wyładowywania (korelacja negatywna), a następnie planowania (korelacja pozytywna).

Model regresyjny dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną w wymiarze autonomii pielęgnacyjnej (tab. 43) tworzą dwie zmienne niezależne, które są istotne statystycznie: aktywne radzenie sobie i akceptacja. Obydwie strategie są efektywne, tym samym sprzyjają wyższej ocenie autonomii w tym wymiarze. Strategie nieefektywne w postaci zajmowania się czymś innym i zaprzeczania nie osiągnęły poziomu istotnego statystycznie, a tym samym w ograniczonym zakresie możemy zakładać zależności pomiędzy nimi, a postrzeganiem autonomii pielęgnacyjnej przez badanych. Przyjęty układ zmiennych wyjaśnia 12% zmienności postrzegania autonomii w wymiarze pielęgnacyjnym u badanych.

Tab. 43. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej** $R= 0{,}351; Rc^2= 0{,}123$ $F(4{,}69) =2{,}43; p< 0{,}032$		
	β	**t(69)**	**p**
AR	0,19	1,24	0,018
ZC	0,18	1,59	0,116
ZAP	-0,18	-1,48	0,143
AK	0,18	1,19	0,038

Aktywne Radzenie Sobie (AR); Zajmowanie się czymś innym (ZC); Zaprzeczanie (ZAP); Akceptacja (AK)

Natomiast w zakresie postrzegania autonomii rodzinnej jedyną zmienną niezależną otrzymaną w wyniku przeprowadzenia analizy regresji jest strategia radzenia sobie w postaci akceptacji (tab. 44). Wyższe postrzeganie autonomii w tym zakresie wiąże się z preferowaniem przez badanych strategii radzenia sobie jaką jest akceptacja. Ta zmienna wyjaśnia 6% zmienności postrzegania autonomii rodzinnej u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną.

Tab. 44. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii rodzinnej*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii rodzinnej** $R= 0{,}307; Rc^2= 0{,}056$ $F(3{,}70) = 2{,}43; p<0{,}017$		
	β	**t(70)**	**p**
AK	0,23	2,03	0,046

Akceptacja (AK)

Kolejnym wymiarem postrzegania autonomii jest autonomia finansowa, dla której został utworzony model regresyjny składający się z następujących strategii radzenia sobie: zaprzestanie działań (zależność negatywna), zwrot ku religii (zależność negatywna), wyładowywanie się, akceptacja, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (zależność negatywna), zażywanie substancji psychoaktywnych, obwinianie siebie (zależność pozytywna) (tab. 45). Zmienną, która ma największe znaczenie dla wyjaśnienia tego obszaru autonomii jest strategia radzenia sobie w postaci wyładowywania, której preferowanie przez badanych wiąże się z podwyższeniem oceny w tym wymiarze autonomii. Podobna zależność została uchwycona w zakresie strategii radzenia sobie w postaci zaprzestania działań. Strategie, które sprzyjają obniżeniu oceny tego wymiaru autonomii przez badanych to: zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, a także zażywanie substancji psychoaktywnych. Zmiennymi, które zbliżyły się do poziomu istotności statystycznej to: akceptacja i obwinianie siebie. Przyjęty układ zmiennych wyjaśnia 42% zmienności oceny tego obszaru autonomii u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną.

Tab. 45. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii finansowej*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii finansowej** R= 0,651; Rc^2= 0,424 F(10,63) =4,64; p<0,001		
	β	**t(63)**	**p**
ZD	-0,44	-3,10	0,003
REL	-0,33	-3,20	0,002
WYŁ	0,54	3,53	0,001
AK	0,21	1,90	0,062
PWI	-0,34	-2,79	0,007
ZSP	-0,33	-2,23	0,029
OS	0,21	1,81	0,075

Zaprzestanie działań (ZD); Zwrot ku religii (REL); Wyładowanie (WYŁ); Akceptacja (AK); Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP); Obwinianie siebie (OS).

Postrzeganie czasu wolnego jest kolejnym wymiarem autonomii ocenianym przez badanych z niepełnosprawnością wrodzoną. Dla tego wymiaru autonomii model regresyjny tworzą zmienne niezależne w postaci preferowanych strategii radzenia sobie: akceptacja, zwrot ku religii, zaprzestanie działań, obwinianie siebie, a także poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Dokładne wyniki krokowej analizy regresji znajdują się w tabeli nr 46. Utworzona kombinacja zmiennych wyjaśnia 36% zmienności postrzegania autonomii czasu wolnego wśród badanych. W grupie tych

zmiennych odnotowane zależności mają wartość dodatnią w zakresie strategii radzenia sobie takich jak: akceptacja, obwinianie siebie, ale również wartość negatywną jak zwrot ku religii, zaprzestanie działań, a także poszukiwanie wsparcia instrumentalnego. Na podstawie rezultatów analizy wymienionych zmiennych można założyć prawdopodobieństwo, że nasilenie zmiennych w postaci akceptacji i obwiniania siebie sprzyja podwyższeniu oceny w zakresie postrzegania autonomii czasu wolnego. Podobnie, jak obniżeniu tej oceny sprzyjają preferencje do stosowania strategii radzenia sobie takich jak: zaprzestanie działań, zwrot w kierunku religii, a także poszukiwanie wsparcia instrumentalnego.

Tab. 46. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii czasu wolnego*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii czasu wolnego** R=0,603; Rc^2= 0,364; F (9,64) = 4,07; p< 0,001		
	β	**t(64)**	**p**
AK	0,25	2,16	0,035
REL	-0,25	-2,38	0,020
ZD	-0,36	-2,56	0,013
OS	0,37	3,00	0,004
PWI	-0,42	-2,54	0,013

Akceptacja (AK); Zwrot ku religii (REL); Zaprzestanie działań (ZD); Obwinianie siebie (OS); Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI)

Tab. 47. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej** R=0,605; Rc^2= 0,366; F(6,67) = 6,46; p<0,001		
	B	**t(67)**	**p**
AR	0,30	2,61	0,011
PWE	0,28	2,45	0,017
OS	-0,25	-2,43	0,018
ZAP	0,24	2,13	0,036
ZSP	-0,20	1,88	0,064

Aktywne Radzenie Sobie (AR); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE); Obwinianie siebie (OS); Zaprzeczanie (ZAP); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP);

Utworzony model regresyjny dla postrzegania autonomii w zakresie towarzysko-interpersonalnym (tab. 47) powstał z kombinacji następujących zmiennych: aktywnego radzenia sobie, poszukiwania wsparcia emocjonalnego, obwiniania siebie, zaprzeczania, a także zażywania substancji psychoaktywnych. Zmienna niezależna zbliżająca się do istotności statystycznej w tym modelu to strategia zażywania

substancji psychoaktywnych, zaś pozostałe zmienne podobnie, jak sam model osiągnęły poziom istotności statystycznej. W modelu występują związki zależnościowe o wartości negatywnej (obwinianie siebie, zażywanie substancji psychoaktywnych), co wskazuje, że nasilenie tych zmiennych obniża ocenę w zakresie postrzegania autonomii towarzysko-społecznej. Natomiast podwyższenie oceny w tym wymiarze autonomii wiąże się z preferowaniem przez badanych następujących strategii radzenia sobie: aktywne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, zaprzeczanie. Utworzony w wyniku analizy układ zmiennych wyjaśnia 37% wariancji analizowanego wymiaru autonomii.

Ocena postrzegania w zakresie autonomii pracy i nauki (tab. 48) zależy od układu zmiennych obejmujących zarówno współzależności o wartości pozytywnej (aktywne radzenie sobie, planowanie), jak i wartości negatywnej (zwrot ku religii). Przyjęty model regresyjny wyjaśnia 22% wariancji zmiennej zależnej w postaci autonomii pracy i nauki. Dokonując interpretacji modelu należy zauważyć, że wyższa ocena postrzegania autonomii w zakresie pracy i nauki zależy od silniejszych preferencji badanych z niepełnosprawnością wrodzoną do stosowania strategii aktywnego radzenia sobie z trudnościami, a także planowania. Natomiast negatywna współzależność pomiędzy postrzeganiem tego wymiaru autonomii ze zmienną w postaci strategii zwrotu ku religii wskazuje na obniżenie oceny w tym wymiarze autonomii wraz ze wzrostem tendencji do poszukiwania wsparcia w religii. Model, podobnie jak zmienne przez niego utworzone, jest istotny statystycznie.

Tab. 48. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii pracy i nauki*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii pracy i nauki** $R= 0,471; Rc^2= 0,222\ F(4,69) = 4,91; p< 0,021$		
	β	**t(69)**	**p**
AR	0,23	1,57	0,012
REL	-0,19	-1,63	0,011
PL	0,23	1,55	0,012

Aktywne Radzenie Sobie (AR); Zwrot ku religii (REL); Planowanie (PL);

Ostatnim analizowanym wymiarem postrzegania autonomii przez badanych z niepełnosprawnością wrodzoną jest ogólna ocena autonomii. Dokładne zestawienie zmiennych niezależnych związanych z tym wymiarem autonomii znajduje się w tabeli nr 49.

Tab. 49. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna – ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **ogólna ocena autonomii** R=0,588; Rc^2=0,346 F (7,66) = 4,98; p<0,001		
	β	**t(66)**	**p**
ZD	-0,31	-2,72	0,008
ZSP	-0,29	-2,71	0,008
PWE	0,34	2,46	0,017
AK	0,18	1,81	0,075

Zaprzestanie działań (ZD); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE); Akceptacja (AK);

W stworzonym modelu regresji dla ogólnej oceny autonomii uchwycono pozytywne współzależności w zakresie zmiennych niezależnych: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i akceptacji. Przy czym należy podkreślić, że zmienna akceptacji zbliża się do poziomu istotności statystycznej, zaś cały model, jak i pozostałe zmienne są istotne statystycznie, co wskazuje na ich większe znaczenie w zakresie wnioskowania o współzależności istniejącej pomiędzy oceną autonomii badanych z niepełnosprawnością wrodzoną a kombinacją zmiennych powstałych w ramach modelu. Model regresyjny utworzyły zmienne w postaci zaprzestania działań i zażywania substancji psychoaktywnych. Współzależność ma wartość negatywną, a więc nasilenie u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną preferencji do zaprzestania działań, a także zażywania substancji psychoaktywnych sprzyja obniżeniu ogólnej oceny własnej autonomii. Przyjęty model regresyjny wyjaśnia 35% wariancji zmiennej zależnej w postaci ogólnej oceny autonomii.

Na podstawie analizy powiązań pomiędzy różnymi wymiarami postrzegania autonomii a preferowanymi przez badanych strategiami radzenia sobie w sytuacjach trudnych należy podkreślić, że zmienne niezależne w postaci strategii radzenia sobie utworzyły modele regresyjne ze wszystkimi wymiarami autonomii. Strategiami radzenia sobie, które stworzyły zależności z różnymi wymiarami postrzegania autonomii o wartości dodatniej, a tym samym wiążące się z podniesieniem jej oceny są akceptacja oraz aktywne radzenie sobie, zaś w zakresie obniżania jej oceny to przede wszystkim zażywanie substancji psychoaktywnych.

Powstałe modele regresyjne osiągnęły poziom istotności statystycznej, podobnie jak tworzące je strategie radzenia sobie, co wskazuje na ich potencjalność w kształtowaniu oceny postrzegania autonomii badanych z niepełnosprawnością wrodzoną.

Ze względu na różny charakter doświadczania niepełnosprawności nabytej, a tym samym możliwy inny układ zmiennych kształtujących ocenę autonomii w jej różnych wymiarach dla tej grupy badanych zostały przeprowadzone odrębne analizy z wykorzystaniem regresji krokowej.

W wymiarze autonomii mobilnej nie odnotowano żadnej współzależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Wymiarem autonomii, dla której powstał model regresyjny jest pielęgnacja własna. W nim współzależność występuje w zakresie jednej zmiennej, jaką jest zaprzestanie działań. Współzależność ma charakter negatywny, co wskazuje, że im silniej badani preferują strategię radzenia sobie w postaci zaprzestania działań, tym niżej oceniają autonomię w tym zakresie. Ten model wyjaśnia 18% wariancji analizowanego wymiaru postrzegania autonomii. Model, podobnie jak sama zmienna osiągnął poziom istotności statystycznej. Wyniki analizy regresji zamieszczone są w tabeli nr 50.

Tab. 50. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna – postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej** R= 0,429; Rc^2= 0,184 F(5,48) = 2,16; p<0,049		
	β	**t(48)**	**p**
ZD	-0,46	-2,44	0,018

Zaprzestanie działań (ZD)

Kolejnym wymiarem postrzegania autonomii, dla której został stworzony model regresji jest postrzeganie autonomii w wymiarze rodzinnym. Dokładne wyniki analizy statystycznej znajdują się w tabeli nr 51.

Tab. 51. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii rodzinnej*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii rodzinnej** R= 0,448; Rc^2= 0,201 F(6,47) = 1,973; p< 0,048		
	β	**t(47)**	**p**
PL	-0,34	-1,98	0,043
REL	-0,19	-1,40	0,039

Planowanie (PL); Zwrot ku religii (REL)

Model regresji dla postrzegania autonomii w wymiarze rodzinnym zawiera zmienne niezależne, które utworzyły współzależności o wartości ujemnej: planowanie i zwrot ku religii. Wyniki analiz wskazują, że badani, którzy bardziej preferują te strategie radzenia sobie niżej oceniają autonomię w zakresie autonomii rodzinnej. W grupie osób z niepełnosprawnością nabytą model regresyjny autonomii rodzinnej wyjaśnia 20% wariancji tej zmiennej zależnej. Powstały model, jak również zmienne wchodzące w jego skład osiągnęły poziom istotności statystycznej.

Kolejną zmienną, dla której powstał model regresyjny jest autonomia finansowa. W skład tego modelu wchodzą następujące zmienne niezależne w postaci strategii radzenia sobie: akceptacja (współzależność negatywna) i obwinianie siebie (współzależność pozytywna). Oznacza to, że badani preferujący strategię radzenia sobie, jaką jest akceptacja, niżej oceniają własną autonomię w wymiarze finansowym, natomiast osoby preferujące strategię obwiniania siebie, autonomię w tym obszarze oceniają wyżej. Ten model regresyjny jest w stanie wyjaśnić prawie 13% zmienności postrzegania autonomii finansowej u badanych z niepełnosprawnością nabytą (tab. 52). Powstały model, podobnie jak zmienne go tworzące, osiągnął poziom istotności statystycznej.

Tab. 52. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii finansowej*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii finansowej** R=0,356; Rc^2= 0,127 F (3,50) =2,42; p<0,047		
	β	**t(50)**	**p**
AK	-0,21	-1,50	0,039
OS	0,30	1,89	0,044

Akceptacja (AK); Obwinianie siebie (OS)

Model regresyjny stworzony dla czasu wolnego, jako kolejnego wymiaru autonomii wyjaśnia 41% zmienności oceny postrzegania tego wymiaru autonomii. Do zmiennych, które w tym modelu utworzyły zależności o charakterze pozytywnym należą: obwinianie siebie, a także akceptacja. Oznacza to, że badani stosując te strategie radzenia sobie również pozytywnie oceniali własną autonomię w tym wymiarze. Wystąpiła także współzależność o charakterze negatywnym, która wskazuje, że im bardziej badani preferują strategie radzenia sobie oparte na zaprzeczaniu i planowaniu, tym niżej oceniają autonomię w wymiarze czasu wolnego (tab. 53).

Tab. 53. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii czasu wolnego*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii czasu wolnego** R=0,637; Rc^2= 0,406 F (4,49)=8,369; p<0,001		
	β	**t(49)**	**p**
OS	0,54	4,07	0,000
ZAP	-0,42	-3,17	0,003
PL	-0,55	-3,88	0,000
AR	0,50	3,40	0,001

Obwinianie siebie (OS); Zaprzeczanie (ZAP); Planowanie (PL); Aktywne Radzenie Sobie (AR)

Wymiar autonomii towarzysko-interpersonalny jest kolejnym, dla którego utworzono model regresyjny złożony z następujących zmiennych niezależnych w postaci strategii radzenia sobie: akceptacji, poszukiwania wsparcia emocjonalnego, wyładowywania. Pomiędzy ostatnią zmienną a postrzeganiem autonomii w tym wymiarze istnieje współzależność o wartości negatywnej, która wskazuje, że preferowanie tej strategii radzenia sobie przez badanych wiąże się z niższą oceną autonomii w tym wymiarze. Natomiast pozostałe strategie radzenia sobie utworzyły pozytywną współzależność, która wskazuje, że stosowanie przez badanych z niepełnosprawnością nabytą strategii radzenia sobie w postaci akceptacji i poszukiwania wsparcia emocjonalnego wiąże się ze wzrostem oceny w zakresie autonomii towarzysko-społecznej. Utworzony układ zmiennych pozwala wyjaśnić 18% wariancji analizowanego wymiaru autonomii (tab. 54). Osiągnął on poziom istotności statystycznej, podobnie, jak zmienne go tworzące.

Tab. 54. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej** R=0,421; Rc^2= 0,177 F(3,50) = 3,59; p<0,019		
	β	**t(50)**	**p**
AK	0,20	1,46	0,044
PWE	0,23	1,75	0,025
WYŁ	-0,21	-1,52	0,034

Akceptacja (AK); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE); Wyładowanie (WYŁ)

Następną analizowaną zmienną zależną jest autonomia w zakresie pracy i nauki, dla której w wyniku analizy regresji krokowej powstał model stworzony z jednej zmiennej niezależnej, strategii radzenia sobie - poszukiwania wsparcia

instrumentalnego. Współzależność między analizowanymi zmiennymi ma charakter negatywny, co oznacza, że im mniej badani z niepełnosprawnością nabytą poszukują wsparcia instrumentalnego, tym wyżej oceniają własną autonomię w zakresie pracy i nauki. Model ten wyjaśnia 13% wariancji w obrębie tego wymiaru autonomii. Powstały model, podobnie jak kombinacja zmiennych go tworzących, osiągnął poziom istotności statystycznej. Dokładne analizy statystyczne znajdują się w tabeli nr 55.

Tab. 55. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - postrzeganie autonomii pracy i nauki*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii pracy i nauki** R=0,355; Rc^2= 0,126 F (4,49)=1,76; p<0,033		
	B	**t(49)**	**p**
PWI	-0,39	-1,91	0,042

Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI)

Ostatnim stworzonym modelem regresyjnym dla badanych z niepełnosprawnością nabytą ze zmiennych niezależnych w postaci strategii radzenia sobie jest model dla ogólnej oceny autonomii (tab. 56), który tworzą: pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, a także poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Podobnie jak w wymiarze postrzegania autonomii pracy i nauki pomiędzy oceną szans na osiągniecie życia zgodnego z własnymi preferencjami w modelu regresyjnym powstała współzależność o charakterze ujemnym, która wskazuje, że im więcej badani korzystają ze wsparcia instrumentalnego, tym niżej oceniają autonomię w aspekcie szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. Natomiast preferowanie przez badanych strategii w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego, a także pozytywnego przewartościowania łączą się z wyższą ogólną oceną autonomii. Model osiągnął poziom istotności statystycznej, podobnie jak zmienne wchodzące w jego skład. Przyjęty model wyjaśnia 20% zmienności ogólnej oceny autonomii wśród badanych.

Tab. 56. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienne niezależne – strategie radzenia sobie; zmienna zależna - ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **ogólna ocena autonomii** R=0,508; Rc^2= 0,197 F (4,49)=4,26; p<0,005		
	β	**t(49)**	**p**
PP	0,27	2,07	0,044
PWI	-0,66	-3,39	0,001
PWE	0,55	2,88	0,006

Pozytywne przewartościowanie (PP); Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE)

Z dotychczasowej obszernej analizy wyników otrzymanych z przeprowadzonej analizy regresji krokowej dla zmiennej zależnej w postaci postrzegania autonomii w jej poszczególnych wymiarach należy podkreślić, że tylko dla osób z niepełnosprawnością wrodzoną udało się uchwycić zmienne niezależne zbliżające się do poziomu istotności statystyczne. Modele regresyjne dla postrzegania autonomii i strategii radzenia sobie stworzone dla studentów z niepełnosprawnością wrodzoną są kombinacją większej liczby zmiennych niezależnych w postaci strategii radzenia sobie niż w przypadku studentów z niepełnosprawnością nabytą. Modelami regresyjnymi, które wyjaśniają największy zakres zmienności ocen postrzegania autonomii są autonomia finansowa dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną oraz autonomia czasu wolnego dla badanych z niepełnosprawnością nabytą.

Pierwszą analizowaną zmienną spośród zasobów radzenia sobie jest samoocena badanych z niepełnosprawnością ruchową.

6.2. Samoocena a postrzeganie autonomii u badanych

Osoby z niepełnosprawnością ze względu na stan swojego zdrowia i konieczność wkładania wzmożonego wysiłku w autonomiczne funkcjonowanie w różnych obszarach życia potrzebują zasobów wewnętrznych, które pomogą im w realizacji zadań płynących z okresu wczesnej dorosłości. Szczególną rolę wśród tych zasobów pełni wysoka samoocena, która pozwala osiągać stawiane przez siebie cele, chroni jednostkę przed lękiem, jak również jest wskaźnikiem jakości relacji z otoczeniem (B. Wojciszke, 2003, s. 162).

Do ustalenia wzajemnych powiązań między samooceną badanych z niepełnosprawnością nabytą i niepełnosprawnością wrodzoną, a postrzeganiem autonomii w jej różnych wymiarach zastosowano analizę korelacyjną r- Pearsona.

Tab. 57. *Samoocena a postrzeganie autonomii u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną – współczynniki korelacji r Pearsona*

Wymiary autonomii / Podskale samooceny	A-M	A-P	A-R	A-F	A-WCz	A-SP	A-PN	A-OC
SA	-0,04	-0,04	-0,25*	-0,24*	-0,16	-0,39***	-0,36***	-0,36**
PK	-0,07	0,14	0,00	0,02	-0,04	-0,08	-0,11	-0,19
SAM-WO	-0,06	0,02	-0,14	-0,12	-0,27*	-0,40***	-0,38***	-0,41***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Samoakceptacja (SA); Poczucie kompetencji (PK); Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)

Wyniki analizy korelacji r-Pearsona w zakresie samooceny i jej komponentów wskazują (tab. 57), że pomiędzy samooceną a postrzeganiem autonomii w jej poszczególnych wymiarach zachodzą istotne statystycznie zależności. U badanych z niepełnosprawnością wrodzoną ustalono znaczące powiązania pomiędzy samoakceptacją i ogólnym wynikiem samooceny a autonomią towarzysko-interpersonalną oraz autonomią nauki i pracy, a także ogólną oceną autonomii. Dodatkowo odnotowano korelację niską pomiędzy samoakceptacją a autonomią rodzinną, a także wymiarem czasu wolnego. Uchwycone zależności mają wartość ujemną, co oznacza, że niższe wyniki badanych w zakresie samooceny sprzyjają wyższej ocenie w zakresie postrzegania autonomii w wymienionych zakresach.

Dla studentów z niepełnosprawnością nabytą również w celu ustalenia powiązań między samooceną i poszczególnymi wymiarami autonomii zastosowano analizę korelacji r-Pearsona (tab. 58). Powiązania o słabej sile zaznaczyły się pomiędzy samoakceptacją i samooceną w wymiarze ogólnym a autonomią w wymiarze towarzysko-interpersonalnym oraz ogólną oceną szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. W pozostałych wymiarach autonomii nie zostały uchwycone istotne statystycznie korelacje u badanych z niepełnosprawnością nabytą. Podobnie, jak w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną ujawnione związki pomiędzy zmiennymi są ujemne, co wskazuje, że pomimo niskiego poziomu

samoakceptacji i ogólnie niskiej samooceny badani z niepełnosprawnością nabytą mogą wysoko oceniać własną autonomię w zakresie towarzysko-interpersonalnym, a także w zakresie oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami.

Tab. 58. *Samoocena a postrzeganie autonomii u badanych z niepełnosprawnością nabytą – współczynniki korelacji r Pearsona*

Wymiary autonomii / Podskale samooceny	A-M	A-P	A-R	A-F	A-WCz	A-SP	A-PN	A-OC
SA	0,04	-0,03	-0,02	0,07	0,06	-0,38***	-0,15	-0,27**
PK	0,01	-0,04	-0,02	0,08	0,04	0,15	0,00	0,02
SAM-WO	0,04	-0,05	-0,02	0,11	0,07	-0,29**	-0,14	-0,25*

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Samoakceptacja (SA); Poczucie kompetencji (PK); Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)

Dokonując interpretacji uchwyconych zależności pomiędzy zmienną zależną, a zmienną niezależną w postaci samooceny można wskazywać na możliwości pełnienia przez powyższe wymiary autonomii funkcji kompensacyjnej, wobec niskiej samooceny. W celu określenia wkładu samooceny i jej komponentów w wyjaśnienie poszczególnych wymiarów postrzegania autonomii wykorzystano krokową postępującą analizę regresji. Wyniki analizy regresji dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną znajdują się w tabeli nr 59.

Tab. 59. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienna niezależna samoocena; zmienna zależna – postrzeganie autonomii rodzinnej, finansowej, czasu wolnego, towarzysko-społecznej, pracy i nauki, ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii rodzinnej** R=0,153; Rc^2= 0,033 F (1,72)= 1,72; p<0,048		
	β	**t(72)**	**p**
SA	-0,25	-1,31	0,043
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii finansowej** R=0,135; Rc^2= 0,184 F (1,72)= 1,35; p<0,044		
	β	**t(72)**	**p**
SA	-0,23	-1,16	0,049

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii czasu wolnego** R=0,168; Rc^2= 0,028 F (1,72)= 2,10; p<0,039		
	B	**t(72)**	**p**
SAM-WO	-0,27	-1,45	0,051
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej** R=0,399; Rc^2= 0,159 F (1,72)= 13,68; p<0,001		
	B	**t(72)**	**p**
SAM-WO	-0,40	-3,70	0,000
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii pracy i nauki** R=0,381; Rc^2= 0,145 F (1,72)= 12,28; p<0,001		
	B	**t(72)**	**p**
SAM-WO	-0,38	-3,50	0,001
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **ogólna ocena autonomii** R=0,415; Rc^2= 0,172 F (1,72)= 14,97; p<0,001		
	B	**t(72)**	**p**
SAM-WO	-0,41	-3,87	0,000

Samoakceptacja (SA); Poczucie kompetencji (PK); Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)

W skład modelu regresyjnego dla poszczególnych wymiarów autonomii nie wchodzi poczucie kompetencji. Natomiast samoakceptacja tworzy model w wymiarze autonomii rodzinnej, a także autonomii finansowej. Uchwycone korelacje o niskie sile, o charakterze negatywnym wskazują, że wyższy poziom samoakceptacji wiąże się z obniżeniem oceny tych wymiarów autonomii. W zakresie pierwszego wymiaru autonomii wyjaśnia ona 3% oceny postrzegania autonomii czasu wolnego, a także 18% dla autonomii finansowej. Niższy poziom samooceny pozwala przewidywać wyższe oceny w wymiarze autonomii rodzinnej i finansowej.

Natomiast ogólny wynik samooceny tworzy modele regresyjne z następującymi wymiarami autonomii: towarzysko-interpersonalną (16% wariancji), nauki i pracy (14,5% wariancji), a także oceną szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami (17% wariancji). Uchwycone korelacje o słabej i umiarkowanej sile o charakterze negatywnym pomiędzy ogólnym wynikiem samooceny, a poszczególnymi wymiarami autonomii wskazują, że niższa samoocena wiąże się z wyższą oceną w wymiarach autonomii, które utworzyły z nią modele regresyjne.

Zmienna niezależna w postaci samooceny i jej komponentów wykazały wysoki poziom istotności statystycznej. Wyniki w zakresie powiązania tych zmiennych można interpretować z założeniem, że są wysoce prawdopodobne. Uzyskane rezultaty

wskazują, że samoocena może w istotny sposób stanowić o predykcyjnej roli postrzegania autonomii, w jej różnych wymiarach przez osoby z niepełnosprawnością.

W celu określenia wkładu samooceny i jej poszczególnych komponentów w poszczególne wymiary postrzegania autonomii u badanych z niepełnosprawnością nabytą zastosowano krokową postępującą analizę regresji. W jej wyniku powstały dwa modele regresyjne z jedną zmienną niezależną, w postaci samoakceptacji. Pierwszy model powstał dla wymiaru postrzegania autonomii towarzysko-interpersonalnej i wyjaśnia on 14,5% zmienności oceny tego wymiaru autonomii, zaś drugi dla ogólnej oceny autonomii. W jej zakresie zmienna niezależna w postaci samoakceptacji wyjaśnia 7,5% wariancji analizowanego wymiaru.

Tab. 60. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienna niezależna - samoocena; zmienna zależna – postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej, ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej** R=0,381; Rc^2= 0,145 F (1,52)= 8,84; p<0,004		
	β	**t(52)**	**p**
SA	-0,38	-2,97	0,004
	Podsumowanie zmiennej zależnej **– ogólna ocena autonomii** R=0,274; Rc^2= 0,075 F (1,52)= 4,23; p<0,004		
	β	**t(52)**	**p**
SA	-0,27	-2,06	0,045

Samoakceptacja (SA)

Należy podkreślić, że zarówno wyniki analizy korelacji r-Pearsona, jak i postępującej analizy regresji krokowej wykazały korelacje o wartości ujemnej samooceny z poszczególnymi wymiarami autonomii, co może wskazywać na kompensacyjną rolę oceny autonomii wobec samooceny, a szczególnie jej wymiaru samoakceptacji. Przy czym więcej zależności pomiędzy samooceną i jej komponentami uchwycono w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, niż u badanych z niepełnosprawnością nabytą. W obydwu grupach zmienna niezależna w postaci samooceny i jej komponentów pełni rolę predyktora wobec postrzegania autonomii w jej różnych wymiarach.

Przekonanie o własnej skuteczności jest drugim analizowanym zasobem radzenia sobie w kontekście jego związków z postrzeganiem autonomii.

6.3. Przekonanie o własnej skuteczności a postrzeganie autonomii u badanych

Poczucie własnej skuteczności jest przekonaniem, które w doświadczeniu niepełnosprawności pozwala jednostce na poznawczą ocenę wad i zalet podejmowanych działań, barier i czynników, które mogą sprzyjać realizacji wyznaczonych celów. To właśnie poczucie własnej skuteczności przyczynia się do podejmowania działań, a jego brak lub niski poziom może blokować podejmowanie różnego rodzaju aktywności, nawet jeśli jednostka ma ku nim odpowiednie możliwości (R. J. Gerrig, P.G. Zimbardo, 2006, s. 446). W sytuacji niepełnosprawności, a szczególnie dla studentów z niepełnosprawnością nabiera ono szczególnego znaczenia w pokonywaniu różnego rodzaju barier w środowisku uczelnianym, a także w zakresie podejmowania wyzwań o charakterze akademickim. Dlatego jest ono powiązane z postrzeganiem autonomii przez studentów z niepełnosprawnością, która wiąże się z doświadczeniem samostanowienia i podejmowania aktywności. Do ustalenia powiązań między poczuciem własnej skuteczności a postrzeganiem autonomii w jej różnych wymiarach wykorzystano analizę korelacyjną r-Pearsona. Obliczeń dokonano odrębnie dla badanych studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą. Zestawienie wyników dla obu grup badanych znajduje się w tabeli nr 61.

Tab. 61. *Postrzeganie autonomii a poczucie własnej skuteczności u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą - współczynniki korelacji r Pearsona*

Wymiary autonomii / Poczucie własnej skuteczności	A-M	A-P	A-R	A-F	A-WCz	A-SP	A-PN	A-OC
Badani z niepełnosprawnością wrodzoną	0,25*	0,27*	0,28*	0,26*	0,29**	0,32***	0,42***	0,29*
Badani z niepełnosprawnością nabytą	0,06	0,21*	0,11	0,02	0,02	0,30***	0,22*	0,36***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Przeprowadzona analiza korelacyjna między postrzeganiem autonomii a poczuciem własnej skuteczności, zarówno w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą wykazała zależności o wartości dodatniej. Związki te są zróżnicowane pod względem siły. Znacząco więcej związków, a także o większej ich sile uchwycono w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną. W grupie tej odnotowano umiarkowaną siłę powiązań między poczuciem samoskuteczności, a autonomią pracy zawodowej i nauki, w pozostałych wymiarach autonomii odnotowano niskie współczynniki korelacji. W zakresie tej zmiennej niezależnej w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną wszystkie wymiary autonomii tworzą zależności istotne statystycznie. Wśród badanych z niepełnosprawnością nabytą najsilniejsze związki odnotowano w wymiarze oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnym oczekiwaniami, a także w wymiarze towarzysko-społecznym. Korelacje te kształtowały się na poziomie niskim. Najsilniejszą siłę powiązań odnotowano w wymiarze oceny szans na osiągnięcie autonomii. Dodatkowo zależności o słabym nasileniu odnotowano w zakresie autonomii społecznej, nauki i pracy, a także autonomii w pielęgnacji własnej. Uchwycone związki są istotne statystycznie.

W celu określenia wkładu poczucia własnej skuteczności w wyjaśnienie poszczególnych wymiarów postrzegania autonomii wykorzystano krokową postępującą analizę regresji. Obliczeń statystycznych dokonano odrębnie dla studentów z niepełnosprawnością wrodzoną (tab. 62). W modelach regresyjnych dla autonomii w jej poszczególnych wymiarach poczucie własnej skuteczności dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną utworzyło modele we wszystkich wymiarach postrzegania autonomii. Zmienna niezależna w postaci poczucia własnej skuteczności ma największy udział w zakresie wyjaśnienia autonomii nauki i pracy (17% wariancji), a następnie na bardzo zbliżonym poziomie dla wyników wariancji w zakresie postrzegania autonomii mobilnej (7%), autonomii pielęgnacyjnej (7%), autonomii finansowej (7%), autonomii rodzinnej (8%), autonomii czasu wolnego (8,5%), nieznacznie wyżej postrzegania szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami (9%), a także towarzysko-interpersonalnej (10%). Wszystkie utworzone modele, podobnie jak zmienna niezależna w postaci przekonania o własnej skuteczności, osiągnęły poziom istotny statystycznie. Uchwycone w ramach modeli korelacje kształtują się na poziomie niskim, z wyjątkiem korelacji umiarkowanej w wymiarze pracy zawodowej i nauki. Jedna korelacja miała charakter negatywny, a tym samym wyższe poczucie własnej skuteczności wiąże się z obniżeniem oceny

autonomii w wymiarze pielęgnacyjnym. W pozostałych wymiarach korelacje o charakterze pozytywnym wskazują, że nasilone poczucie własnej skuteczności sprzyja wyższej ocenie w pozostałych wymiarach autonomii.

Tab. 62. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienna niezależna - poczucie własnej skuteczności; zmienna zależna – postrzeganie autonomii mobilności, pielęgnacyjnej, rodzinnej, finansowej, czasu wolnego, towarzysko-interpersonalnej, pracy i nauki, ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii mobilności** $R=0{,}151$; $Rc^2= 0{,}073$ $F(1{,}71)= 1{,}66$; $p<0{,}044$		
	B	**t(71)**	**p**
PWS-WO	0,25	1,29	0,048
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej** $R=0{,}272$; $Rc^2= 0{,}074$ $F(1{,}71)= 5{,}67$; $p<0{,}020$		
	B	**t(71)**	**p**
PWS-WO	-0,27	2,38	0,020
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii rodzinnej** $R=0{,}275$; $Rc^2= 0{,}076$ $F(1{,}71)= 5{,}82$; $p<0{,}018$		
	B	**t(71)**	**p**
PWS-WO	0,27	2,41	0,018
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii finansowej** $R=0{,}259$; $Rc^2= 0{,}067$ $F(1{,}71)= 5{,}12$; $p<0{,}027$		
	B	**t(71)**	**p**
PWS-WO	0,26	2,26	0,027
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii czasu wolnego** $R=0{,}291$; $Rc^2= 0{,}085$ $F(1{,}71)= 6{,}57$; $p<0{,}012$		
	B	**t(71)**	**p**
PWS-WO	0,29	2,56	0,012
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej** $R=0{,}317$; $Rc^2= 0{,}100$ $F(1{,}71)= 7{,}93$; $p<0{,}006$		
	B	**t(71)**	**p**
PWS-WO	0,32	2,82	0,006
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii pracy i nauki** $R=0{,}415$; $Rc^2= 0{,}172$ $F(1{,}71)= 14{,}80$; $p<0{,}001$		
	B	**t(71)**	**p**
PWS-WO	0,41	3,85	0,000
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **ogólna ocena autonomii** $R=0{,}293$; $Rc^2= 0{,}086$ $F(1{,}71)= 6{,}69$; $p<0{,}012$		
	B	**t(71)**	**p**
PWS-WO	0,29	2,59	0,012

Poczucie własnej skuteczności (PWS-WO)

Natomiast w tabeli nr 63 znajdują się wyniki dla badanych z niepełnosprawnością nabytą. Jednak w tej grupie badanych nie ustalono tak wielu związków zależnościowych w poszczególnych modelach regresyjnych.

Poczucie własnej skuteczności utworzyło związki zależnościowe z następującymi wymiarami autonomii: pielęgnacji, towarzysko-interpersonalnej, nauki i pracy, a także oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. Zmienna niezależna poczucia własnej skuteczności ma największy udział w wymiarze zmienności ogólnej oceny autonomii (13% wariancji), następnie w wymiarze autonomii towarzysko-interpersonalnej (9% wariancji) i autonomii pracy i nauki (9%), zaś najmniejszy w zakresie autonomii pielęgnacji (4%).

W modelach regresyjnych u badanych z niepełnosprawnością nabytą poczucie własnej skuteczności i poszczególne wymiary autonomii stworzyły dodatnie związki korelacyjne, dlatego wyższe poczucie własnej skuteczności łączy się z wyższą oceną tych wymiarów autonomii.

Tab. 63. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienna niezależna - poczucie własnej skuteczności: zmienna zależna – postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej, towarzysko-interpersonalnej, pracy i nauki, ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej** R=0,210; Rc^2= 0,044 F (1,52)= 2,404; p<0,034		
	β	**t(52)**	**p**
PWS-WO	0,21	1,55	0,027
	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej** R=0,303; Rc^2= 0,092 F (1,52)= 5,28; p<0,026		
	β	**t(52)**	**p**
PWS-WO	0,30	2,30	0,026
	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii pracy i nauki** R=0,176; Rc^2= 0,091 F (1,52)= 1,66; p<0,034		
	β	**t(52)**	**p**
PWS-WO	0,22	1,29	0,033
	Podsumowanie zmiennej zależnej **– ogólna ocena autonomii** R=0,36; Rc^2= 0,131 F (1,52)= 7,87; p<0,007		
	β	**t(52)**	**p**
PWS-WO	0,36	2,80	0,007

Poczucie własnej skuteczności (PWS-WO)

W ramach podsumowania zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a różnymi wymiarami autonomii należy podkreślić, że uchwycone związki mają

charakter dodatni (poza autonomią pielęgnacji w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną), co wskazuje, że wyższe poczucie własnej skuteczności wiąże się z wyższą oceną postrzegania autonomii w jej różnych wymiarach. Przy czym należy podkreślić, że poczucie własnej skuteczności ma większe znaczenie dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, którzy niżej oceniają własną autonomię we wszystkich wymiarach. Szczególnie w tej grupie wyższe poczucie własnej skuteczności przekłada się na wyższą ocenę we wszystkich wymiarach autonomii, poza autonomią pielęgnacji. Można z pewnym prawdopodobieństwem założyć, że poczucie własnej skuteczności w tej grupie badanych łączy się z podejmowaniem działań i aktywności, które przekładają się na wyższą ocenę we wszystkich wymiarach autonomii. Natomiast dla badanych z niepełnosprawnością nabytą zmienna niezależna w postaci poczucia własnej skuteczności utworzyła jednoskładnikowe modele regresyjne z czterema wymiarami autonomii: pielęgnacyjnym, towarzysko-interpersonalnym, pracy i nauki, ogólnej oceny. W tej grupie poczucie skuteczności również pełni ważną funkcję, choć nie tak istotną, jak dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną. Należy również podkreślić, że wszystkie powstałe modele, jak i zmienna niezależna w postaci poczucia własnej skuteczności zarówno w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą osiągnęły poziom istotny statystycznie. Na tej podstawie można wyciągnąć wniosek o predykcyjnej roli poczucia własnej skuteczności w stosunku do wszystkich wymiarów autonomii w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, zaś w grupie badanych z niepełnosprawnością nabytą do autonomii pielęgnacji własnej, towarzysko-interpersonalnej, pracy i nauki, a także ogólnej oceny autonomii

Kolejnym analizowanym zasobem jest nadzieja podstawowa, która wiąże się z pozytywnymi i konstruktywnymi przekonaniami jednostki na temat świata.

6.4. Nadzieja podstawowa a postrzeganie autonomii u badanych

Nadzieja podstawowa jest przekonaniem jednostki stanowiącym podstawę do prognozowania i interpretowania przyszłych wydarzeń, obok aspektu poznawczego wiąże się ona również z aspektem emocjonalnym. Jednostka nie tylko ocenia własne szanse i możliwości, ale również przejawia emocje wobec różnych wydarzeń (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 6). Autonomia jednostki jest podejmowana przez nią

właśnie w otoczeniu, które może ona oceniać jako przyjazne i przewidywalne lub jako niesprawiedliwe, a tym samym pozbawione porządku i sensu. W celu ustalenia powiązań między nadzieją podstawową a postrzeganiem autonomii u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową zastosowano analizę korelacyjną r-Pearsona. Wyniki analiz przeprowadzonych odrębnie dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą znajdują się tabeli nr 64.

Tab. 64. *Postrzeganie autonomii a nadzieja podstawowa u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą - współczynniki korelacji r-Pearsona*

Wymiary autonomii / Nadzieja podstawowa	A-M	A-P	A-R	A-F	A-WCz	A-SP	A-PN	A-OC
Badani z niepełnosprawnością wrodzoną	0,09	0,13	0,23*	0,07	0,04	0,30**	0,22*	0,24*
Badani z niepełnosprawnością nabytą	-0,12	-0,07	-0,01	-0,24*	-0,26*	0,24*	0,04	0,26*

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Z przeprowadzonej analizy korelacyjnej wynika, że nadzieja podstawowa pozostaje w pozytywnych związkach zależnościowych z następującymi wymiarami autonomii: życie towarzyskie (obydwie grupy badanych), ogólna ocena autonomii (obydwie grupy badanych), w rodzinie (badani z niepełnosprawnością wrodzoną), pracy zawodowej i nauki (badani z niepełnosprawnością wrodzoną). W przypadku postrzegania autonomii w wymiarze towarzysko-interpersonalnym osoby z niepełnosprawnością wrodzoną osiągnęły nieco wyższą współzależność tych dwóch zmiennych, w stosunku do badanych z niepełnosprawnością nabytą. W grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną uchwycone zależności pomiędzy zmiennymi przyjęły wyłącznie wartości dodatnie, co wskazuje na łączenie się nadziei podstawowej z wyższą oceną autonomii w następujących wymiarach: rodzinnym, towarzyskim, pracy zawodowej i nauki, a także ogólnej oceny autonomii.

Natomiast u badanych z niepełnosprawnością nabytą uchwycono współzależności o wartości negatywnej pomiędzy nadzieją podstawową, a następującymi wymiarami autonomii: finansowym i czasu wolnego. Wskazują one,

że wyższy poziom nadziei podstawowej sprzyja niższej ocenie w tych wymiarach autonomii.

Dla ustalenia zależności pomiędzy zmienną niezależną w postaci nadziei podstawowej a zmienną zależną jaką jest postrzeganie autonomii przez badanych z niepełnosprawnością wrodzoną została przeprowadzona krokowa postępująca analiza regresji (tab. 65). W jej wyniku odnotowano, że poziom nadziei podstawowej był istotnie powiązany z autonomią rodzinną, towarzysko-społeczną, a także pracy i nauki. W innych wymiarach postrzegania autonomii zmienna niezależna w postaci nadziei podstawowej wśród osób z niepełnosprawnością wrodzoną nie weszła w skład modelu regresyjnego. Rozważając wyniki analizy regresji, zmienna nadziei podstawowej ma najmniejszy udział w zakresie zmienności oceny autonomii w wymiarze autonomii nauki i pracy (5%), rodzinnej (5%), następnie oceny szans na osiągniecie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami (6%) i postrzegania autonomii towarzysko-interpersonalnej (9%). Uchwycone współzależności o wartości dodatniej wskazują, że wyższy poziom nadziei podstawowej sprzyja wyższej ocenie w zakresie poszczególnych wymiarów autonomii.

Tab. 65. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienna niezależna - nadzieja podstawowa; zmienna zależna – postrzeganie autonomii rodzinnej, towarzysko-interpersonalnej, nauki i pracy, ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii rodzinnej** R=0,228; Rc^2= 0,052 (1,72)= 3,94; p<0,023		
	B	**t(72)**	**p**
NP-WO	0,23	1,98	0,048
	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej** R=0,305; Rc^2= 0,093 F (1,72)= 7,37; p<0,008		
	B	**t(72)**	**p**
NP-WO	0,30	2,71	0,008
	Podsumowanie zmiennej zależnej **– postrzeganie autonomii nauki i pracy** R=0,217; Rc^2= 0,047 F (1,72)= 3,58; p<0,048		
	B	**t(72)**	**p**
NP-WO	0,22	1,89	0,043
	Podsumowanie zmiennej zależnej **– ogólna ocena autonomii** R=0,241; Rc^2= 0,058 F (1,72)= 4,46; p<0,041		
	B	**t(72)**	**p**
NP-WO	0,06	2,11	0,038

Nadzieja Podstawowa (NP-WO)

Model regresyjny został stworzony również dla studentów z niepełnosprawnością nabytą. Model regresyjny w zakresie zależności pomiędzy poszczególnymi wymiarami postrzegania autonomii a nadzieją podstawową u badanych z niepełnosprawnością nabytą znajduje się w tabeli nr 66. Analiza wyników regresji wskazuje, że nadzieja podstawowa tworzy związki zależnościowe z następującymi wymiarami autonomii: finansowym, czasu wolnego, towarzysko-interpersonalnym, a także oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. Najmniejszy udział w zmienności wyników ma ona w zakresie oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami (3%), następnie w wymiarze autonomii czasu wolnego (7%), autonomii finansowej (9%), zaś najwyższy w wymiarze towarzysko-interpersonalnym (14%). Powstałe modele, a także zmienna zależna, jaką jest nadzieja podstawowa osiągnęły poziom istotności statystycznej, a uchwycone korelacje charakteryzują się niską siłą.

Tab. 66. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienna niezależna - nadzieja podstawowa; zmienna zależna – postrzeganie autonomii finansowej, czasu wolnego, towarzysko-interpersonalnej, ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii finansowej** R=0,143; Rc^2= 0,091 F (1,52)= 1,09; p<0,043		
	β	**t(52)**	**p**
NP-WO	-0,24	-1,04	0,044
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii czasu wolnego** R=0,158; Rc^2= 0,075 F (1,52)= 1,337 ; p<0,038		
	β	**t(52)**	**p**
NP-WO	-0,27	-1,16	0,033
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej** R=0,208; Rc^2= 0,143 F (1,52)= 2,36; p<0,022		
	β	**t(52)**	**p**
NP-WO	0,25	1,54	0,030
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **ogólna ocena autonomii** R=0,161; Rc^2= 0,026 F (1,52)= 1,38; p<0,037		
	β	**t(52)**	**p**
NP-WO	0,26	1,17	0,025

Nadzieja Podstawowa (NP-WO)

Na podstawie uzyskanych wyników można założyć, że nadzieja podstawowa, a więc przekonanie osób badanych o sensowności i uporządkowaniu świata zwiększa ich ocenę autonomii szczególnie w autonomii towarzysko-interpersonalnej, a także nauki i pracy. Natomiast uchwycone związki zależnościowe o charakterze ujemnym

w grupie badanych z niepełnosprawnością nabytą wskazują, że wyższy poziom nadziei podstawowej jest powiązany z obniżoną oceną autonomii w wymiarze finansowym i postrzegania czasu wolnego. Należy również zauważyć, że w obu grupach badanych uchwycono pozytywne związki zależnościowe pomiędzy nadzieją podstawową, a oceną szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. Przy czym, w grupie osób z niepełnosprawnością nabytą taka zależność była nieznacznie silniejsza, niż u osób z niepełnosprawnością wrodzoną. W obydwu grupach badanych powstałe modele regresyjne, podobnie jak i zmienne niezależne osiągnęły poziom istotny statystycznie, co wskazuje na predykcyjną rolę nadziei podstawowej w zakresie postrzegania autonomii w jej różnych wymiarach.

Obok zasobów wewnętrznych, jakimi są samoocena, poczucie własnej skuteczności i nadzieja podstawowa, analizie w kolejnej części rozprawy zostaną poddane zależności między wsparciem społecznym (zewnętrznym zasobem radzenia sobie), a oceną poszczególnych wymiarów autonomii dokonaną przez badanych.

6.5. Wsparcie społeczne a postrzeganie autonomii u badanych

Wsparcie społeczne pozwala jednostce nie tylko na lepsze radzenie sobie z sytuacjami stresującymi, ale również gdy spełnia warunek trafności przyczynia się do wzmocnienia ogólnej odporności jednostki, a także rozwoju jej kompetencji społecznych. Pomimo tych walorów, wsparcie społeczne nie powoduje bezpośrednich zmian w funkcjonowaniu jednostki w jej otoczeniu społecznym, ponieważ są do tego potrzebne kompetencje związane z redefiniowaniem wydarzeń życiowych, a także autorefleksją (H. Sęk, 1991, s. 32). W autorefleksję wpisuje się autonomia, która jest rozumiana jako zdolność jednostki do formułowania własnych planów i celów, podejmowania decyzji dotyczących działania, a także ich realizacja (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 927). Do ustalenia powiązań między wsparciem społecznym a postrzeganiem autonomii u badanych zastosowano analizę korelacji r-Pearsona. Obliczeń dokonano odrębnie dla badanych studentów z niepełnosprawnością wrodzoną (tab. 67) i niepełnosprawnością nabytą (tab. 68).

Tab. 67. *Postrzeganie autonomii a wsparcie społeczne u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną - współczynniki korelacji r-Pearsona*

Wymiary autonomii / Rodzaje wsparcia społecznego	A-M	A-P	A-R	A-F	A-WCz	A-SP	A-PN	A-OC
WS-INF	-0,02	0,13	0,06	-0,08	-0,09	0,26**	0,11	0,21*
WS-INS	-0,01	0,06	0,02	0,02	0,02	0,24*	0,09	0,22*
WS-W	-0,02	-0,24*	-0,21*	0,07	0,00	0,20*	0,23*	0,33***
WS-EM	-0,04	0,21*	0,22*	0,05	-0,03	0,23*	0,13	0,26**
WS-WO	-0,02	0,11	0,05	0,02	-0,03	0,20*	0,12	0,24*

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną uchwycono korelacje o niskiej sile. Stwierdzono najsilniejszą siłę powiązań pomiędzy wsparciem wartościującym i oceną szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami, następnie zaś uchwycono słabe zależności istotne statystycznie w zakresie tego rodzaju wsparcia i autonomii w wymiarze towarzysko-interpersonalnym, a także pracy i nauki. Inne wymiary autonomii, w których wsparcie wartościujące utworzyło korelacje niskie o charakterze ujemnym wskazują, że wyższe wsparcie wartościujące wiąże się z niższą oceną autonomii pielęgnacyjnej i rodzinnej.

Ujawniono również związki zależnościowe istotne statystycznie na zbliżonym poziomie (około 0,20) pomiędzy każdym rodzajem wsparcia, a autonomią towarzysko-interpersonalną. Jej postrzeganie w wymiarze towarzysko-interpersonalnym, a także oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami, wiąże się ze wsparciem społecznym otrzymywanym przez badanych, we wszystkich jego rodzajach. Ponadto wsparcie emocjonalne utworzyło zależności słabe o charakterze dodatnim z następującymi wymiarami autonomii: pielęgnacyjnym i rodzinnym, co wskazuje na łączenie się tego zasobu radzenia sobie z wyższą oceną autonomii w tych wymiarach.

Tab. 68. *Postrzeganie autonomii a wsparcie społeczne u badanych z niepełnosprawnością nabytą - współczynniki korelacji r-Pearsona*

Wymiary autonomii / Rodzaje wsparcia społecznego	A-M	A-P	A-R	A-F	A-WCz	A-SP	A-PN	A-OC
WS-INF	0,23*	0,28**	0,22*	-0,26**	-0,20*	0,00	-0,04	0,29**
WS-INS	0,26**	0,21	0,16	0,23*	0,24*	0,08	-0,03	0,11
WS-W	0,24*	0,15	0,13	-0,04	-0,11	0,02	-0,02	0,31**
WS-EM	0,22*	0,25*	0,16	-0,09	-0,15	0,04	-0,04	0,22*
WS-WO	0,26**	0,25*	0,20*	-0,05	-0,10	0,04	-0,04	0,22*

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

Natomiast analiza wyników z tabeli nr 68 dla badanych z niepełnosprawnością nabytą wskazuje na zależności pomiędzy poszczególnymi rodzajami wsparcia, a postrzeganiem autonomii o słabej sile. Wsparcie informacyjne tworzy związki korelacyjne o podobnej sile (około 0,20) w wymiarze autonomii mobilnej, pielęgnacyjnej, rodzinnej, finansowej i czasu wolnego. Wymiar autonomii mobilności tworzy związki korelacyjne istotne statystycznie ze wszystkimi rodzajami wsparcia na poziomie niskim, zaś autonomia pielęgnacyjna zależy od trzech rodzajów wsparcia: informacyjnego, emocjonalnego i ogólnego wyniku wsparcia. Ten ostatni tworzy związki korelacyjne o podobnej sile z następującymi wymiarami postrzegania autonomii: oceny szans na życie zgodne z własnymi oczekiwaniami, autonomią mobilności, autonomią pielęgnacyjną, a także rodzinną. Należy zwrócić uwagę na zależność pomiędzy wsparciem informacyjnym, a postrzeganiem autonomii w wymiarze autonomii finansowej i czasu wolnego. Uchwycone korelacje istotne statystycznie o charakterze ujemnym wskazują, że wyższy poziom wsparcia informacyjnego łączy się z niższą oceną w zakresie autonomii u badanych z niepełnosprawnością nabytą.

W celu określenia wkładu poszczególnych rodzajów wsparcia społecznego dla wyjaśnienia postrzegania poszczególnych wymiarów autonomii dokonano odrębnie dla badanych studentów z niepełnosprawnością wrodzoną (tab. 69) i niepełnosprawnością nabytą (tab. 70) analiz statystycznych za pomocą krokowej postępującej analizy regresji.

W modelach regresyjnych dla poszczególnych wymiarów postrzegania autonomii powstały kombinacje zmiennych niezależnych w postaci poszczególnych rodzajów wsparcia. W wymiarze autonomii pielęgnacyjnej związki zależnościowe tworzy wsparcie emocjonalne (korelacja słaba, o charakterze pozytywnym) i wartościujące (korelacja umiarkowana, o charakterze negatywnym). Na podstawie powyższych korelacji można założyć, że wsparcie emocjonalne sprzyja wyższej ocenie w tym wymiarze autonomii, zaś wsparcie wartościujące wiąże się z jej obniżeniem. Układ tych zmiennych wyjaśnia 15% wariancji zmienności ocen tego wymiaru autonomii.

Podobnie w wymiarze postrzegania autonomii w rodzinie zmiennymi, które utworzyły model regresyjny są wsparcie emocjonalne i wartościujące. Uchwycone korelacje tworzą współzależności zbliżone do poprzedniego wymiaru autonomii, z zastrzeżeniem, że wsparcie wartościujące osiągnęło poziom korelacji umiarkowanej. Wyjaśniają one również 15% zmienności postrzegania autonomii w tym wymiarze.

Natomiast autonomię towarzysko-interpersonalną tworzą zmienne w postaci wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, a także instrumentalnego. Jednak model ten wyjaśnia tylko 4% zmienności oceny przez badanych autonomii w tym obszarze. Wszystkie zmienne niezależne osiągnęły z tym wymiarem autonomii związki słabe o charakterze pozytywnym, dlatego można założyć, że sprzyjają one zwiększeniu oceny tego wymiaru autonomii.

Zmienność oceny autonomii w wymiarze pracy i nauki wiąże się z jedną zmienną niezależną w postaci wsparcia wartościującego, która wyjaśnia 6% wariancji analizowanej oceny autonomii. Uchwycony związek kształtuje się na niskim poziomie i odznacza się charakterem dodatnim, co pozwala na założenie, że ten rodzaj wsparcia społecznego może sprzyjać pozytywnej ocenie w tym wymiarze autonomii.

Zmienne niezależne w postaci wsparcia społecznego utworzyły także model regresyjny dla ogólnej oceny autonomii. Zmienne w postaci wsparcia informacyjnego, instrumentalnego, a także wartościującego wyjaśniają 17% zmienności oceny badanych w tym wymiarze autonomii. Uchwycone korelacje kształtowały się na poziomie niskim, zaś najwyższy wkład w wyjaśnienie tego wymiaru autonomii ma wsparcie wartościujące, a następnym na zbliżonym do niego poziomie jest wsparcie informacyjne.

Tab. 69. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną: zmienna niezależna - wsparcie społeczne; zmienna zależna – postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej, rodzinnej, towarzysko-interpersonalnej, pracy i nauki, ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej** R=0,217; Rc^2= 0,147 F (2,71)= 1,75; p<0,034		
	B	**t(71)**	**p**
WS-EM	0,38	1,83	0,021
WS-W	-0,27	-1,31	0,045
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii rodzinnej** R=0,234; Rc^2= 0,155 F (2,71)= 2,05; p<0,032		
	B	**t(71)**	**p**
WS-EM	0,41	2,02	0,047
WS-W	-0,35	-1,73	0,048
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii towarzysko-interpersonalnej** R=0,225; Rc^2= 0,037 F (1,72)= 3,85; p<0,021		
	B	**t(72)**	**p**
WS-EM	0,22	1,96	0,049
WS-INF	0,22	1,78	0,032
WS-INS	0,20	1,99	0,041
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii pracy i nauki** R=0,130; Rc^2= 0,061 F (1,72)= 1,25; p<0,035		
	B	**t(72)**	**p**
WS-W	0,13	1,12	0,037
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **ogólna ocena autonomii** R=0,289; Rc^2= 0,167 F (1,72)= 5,18; p<0,014		
	B	**t(72)**	**p**
WS-EM	0,26	2,28	0,026
WS-INF	0,32	2,11	0,023
WS-W	0,35	2,45	0,018

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM)

W celu określenia wkładu poszczególnych rodzajów wsparcia społecznego w wyjaśnienie postrzegania poszczególnych wymiarów po autonomii dla badanych z niepełnosprawnością nabytą wykorzystano krokową postępującą analizę regresji.

W wymiarze autonomii mobilności zmienna niezależna w postaci wsparcia społecznego utworzyła model, który wyjaśnia 17% zmienności oceny analizowanego wymiaru autonomii. Na strukturę modelu składają się: wsparcie instrumentalne, informacyjne, a także wartościujące, które stworzyły zależność na poziomie 0,42 (korelacji umiarkowanej). Wyższy poziom tego rodzaju wsparcia sprzyja wyższej ocenie autonomii mobilności.

Kolejne modele regresyjne zostały utworzone dla oceny autonomii w wymiarach pielęgnacyjnym i rodzinnym, które powstały z jednej zmiennej w postaci wsparcia

informacyjnego. W pierwszym wymiarze wyjaśnia ono 8% wariancji analizowanej oceny, zaś w drugim 9% wariancji oceny. W obydwu wymiarach autonomii uchwycone związki kształtują się na poziomie niskim i odznaczają się charakterem dodatnim, co pozwala na założenie, że ten rodzaj wsparcia może sprzyjać pozytywnej ocenie tych wymiarów autonomii.

Natomiast zarówno dla autonomii w wymiarze autonomii finansowej, jak i autonomii czasu wolnego model regresyjny tworzy podobny układ zmiennych niezależnych: wsparcie informacyjne (zależność negatywna), a także wsparcie instrumentalne. Zależność negatywna wskazuje, że ten rodzaj wsparcia sprzyja obniżeniu oceny tych wymiarów autonomii, zaś pozytywna zależność wskazuje na pozytywną rolę w kształtowaniu tego wymiaru autonomii przez wsparcie instrumentalne. W wymiarze autonomii finansowej utworzony model wyjaśnia 12% wariancji analizowanej oceny, zaś w autonomii czasu wolnego 13% wariancji oceny.

Ostatni model regresyjny dla postrzegania autonomii w ocenie szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami utworzyły zmienne niezależne w postaci rodzajów wsparcia społecznego. Model tworzą następujące zmienne: wsparcie informacyjne, instrumentalne i wartościujące. Wyjaśniają one 18% wariancji oceny w analizowanym wymiarze autonomii. W ogólnej ocenie autonomii związki zależnościowe tworzy wsparcie informacyjne (korelacja niska, o charakterze pozytywnym), wsparcie instrumentalne (korelacja niska, o charakterze pozytywnym) i wartościujące (korelacja umiarkowana, o charakterze pozytywnym). Na podstawie powyższych korelacji można założyć, że większe natężenie wymienionych zmiennych niezależnych sprzyja wyższej ogólnej ocenie autonomii, a szczególnie wsparcia wartościującego. Powstałe modele, podobnie jak zmienne wchodzące w ich skład, osiągnęły poziom istotny statystycznie.

Tab. 70. *Podsumowanie analizy regresji u badanych z niepełnosprawnością nabytą: zmienna niezależna - wsparcie społeczne; zmienna zależna – postrzeganie autonomii mobilności, pielęgnacyjnej, rodzinnej, finansowej, czasu wolnego, ogólna ocena autonomii*

Zmienne niezależne	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii mobilności** R=0,263; Rc^2= 0,169 F (1,52)= 3,87; p<0,011		
	β	**t(52)**	**p**
WS-INS	0,26	1,97	0,034
WS-INF	0,27	1,68	0,021
WS-W	0,42	1,78	0,011
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii pielęgnacyjnej** R=0,278; Rc^2= 0,077 F (1,52)= 4,37; p<0,041		
	β	**t(52)**	**p**
WS-INF	0,28	2,09	0,041
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii rodzinnej** R=0,179; Rc^2= 0,092 F (1,52)= 1,71; p<0,044		
	β	**t(52)**	**p**
WS-INF	0,20	1,31	0,046
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii finansowej** R=0,342; Rc^2= 0,117 F (2,51)= 3,38; p<0,042		
	β	**t(51)**	**p**
WS-INF	-0,41	-2,41	0,019
WS-INS	0,39	2,29	0,026
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **postrzeganie autonomii czasu wolnego** R=0,367; Rc^2= 0,135 F (2,51)= 3,98; p<0,025		
	β	**t(51)**	**p**
WS-INF	-0,46	-2,71	0,009
WS-INS	0,40	2,35	0,023
	Podsumowanie zmiennej zależnej – **ogólna ocena autonomii** R=0,307; Rc^2= 0,182 F (1,52)= 4,69; p<0,012		
	β	**t(52)**	**p**
WS-INF	0,29	2,16	0,035
WS-INS	0,23	1,99	0,012
WS-W	0,43	2,12	0,004

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W)

Dokonując podsumowania na podstawie analizy w zakresie ustalenia powiązań między postrzeganiem autonomii w różnych wymiarach, a strategiami radzenia sobie i poszczególnymi zasobami radzenia sobie należy podkreślić, że istnieje zależność pomiędzy tymi zmiennymi. Związki te uzyskały poziom istotności statystycznej w analizach przeprowadzonych metodą r-Pearsona, zaś wkład poszczególnych zmiennych niezależnych w wyjaśnienie postrzegania autonomii w jej różnych wymiarach został określony za pomocą krokowej postępującej analizy regresji. W przypadku ustalenia zmienności oceny autonomii w jej różnych wymiarach zmienne

niezależne pełnią funkcję czynników prawdopodobnych, a tym samym mogą kształtować postrzeganie autonomii u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą. Jednak należy dodać, że wariancje kształtowały się na niskim poziomie, co wskazuje na ich ograniczony zakres wyjaśnienia postrzegania autonomii u badanych, zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą.

W zmiennych niezależnych w postaci zasobów radzenia sobie zaznaczył się szczególny udział poczucia własnej skuteczności, które w przeprowadzonych analizach osiągnęło wartość dodatnią ze wszystkimi wymiarami autonomii, zarówno u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą. To właśnie ten zasób osiągnął korelacje na poziomie umiarkowanym lub zbliżającym się do niego. Poczucie własnej skuteczności dla badanych, szczególnie z niepełnosprawnością wrodzoną jest źródłem podejmowania aktywności w różnych obszarach życia, a tym samym przyczynia się ono do podniesienia oceny autonomii we wszystkich wymiarach postrzegania autonomii, zaś dla badanych z niepełnosprawnością nabytą w wymiarach związanych z funkcjonowaniem społecznym, ogólnej oceny autonomii, a także wymiarem pielęgnacyjnym. Uchwycone korelacje dla obu grup badanych osiągnęły wartość na poziomie niskim i przeciętnym.

Zasobem radzenia sobie, z którym poszczególne wymiary autonomii utworzyły zależności korelacyjne na poziomie przeciętnym i niskim jest samoocena. Jednak w zakresie tego zasobu uchwycono mniej związków istotnych statystycznie, w stosunku do zasobu jakim jest poczucie własnej skuteczności. Wymiarem autonomii szczególnie wrażliwym na zależność korelacyjną z samooceną, w obu grupach badanych jest wymiar życia towarzyskiego i kontaktów interpersonalnych, a także ogólna ocena autonomii. Wyniki badanych uzyskane w zakresie komponentu samooceny, jakim jest samoakceptacja, należy interpretować ostrożnie, ponieważ korelacje przyjęły wartość ujemną, co oznacza, że niższa samoocena przekłada się na wyższą ocenę autonomii w prawie wszystkich wymiarach (poza autonomią mobilności i pielęgnacyjną) dla osób z niepełnosprawnością wrodzoną, zaś dla osób z niepełnosprawnością nabytą w wymiarze towarzysko-społecznym i oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami.

W zakresie powiązań pomiędzy nadzieją podstawową i postrzeganiem autonomii uchwycone korelacje wskazują na znaczącą rolę tego zasobu radzenia sobie w konstruowaniu przez badanych, zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, ogólnej oceny autonomii. W zakresie tego zasobu radzenia sobie badani

z niepełnosprawnością nabytą i wrodzoną osiągnęli taką samą liczbę związków korelacyjnych, kształtujących się na poziomie umiarkowanym. Jednak badani z niepełnosprawnością nabytą osiągnęli korelacje o wartości ujemnej, co wskazuje, że wyższy poziom nadziei podstawowej przekłada się na niższą ocenę w zakresie autonomii finansowej i czasu wolnego.

Dokonując podsumowania w zakresie wsparcia społecznego należy zwrócić uwagę na jego niejednoznaczny związek z oceną różnych wymiarów autonomii. Uzyskane wyniki wśród badanych z niepełnosprawnością nabytą wskazują, że wyższy poziom wsparcia informacyjnego sprzyja niższej ocenie autonomii w wymiarze finansowym i czasu wolnego. Natomiast u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną podobną zależność odnotowano w zakresie wsparcia wartościującego, którego wyższy poziom sprzyja obniżeniu oceny autonomii w zakresie pielęgnacyjnym i rodzinnym. Pozostałe rodzaje wsparcia stworzyły korelacje o charakterze pozytywnym, co wskazuje na pozytywną rolę wsparcia społecznego w postrzeganiu autonomii w jej różnych wymiarach. Uchwycone korelacje pomiędzy zmiennymi kształtowały się na poziomie niskim (współczynnik korelacji r-Pearsona), a także umiarkowanym (analiza regresji).

W kontekście powiązań między strategiami i zasobami radzenia sobie u badanych z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą zostały uchwycone związki, które są istotne statystycznie. Najwyższy zakres wyjaśnienia postrzegania autonomii w jej różnych wymiarach mają strategie radzenia sobie badanych, które kształtują się na poziomie od kilkunastu procent (z wyjątkiem autonomii rodzinnej u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną) do maksymalnie 42% wariancji (autonomii finansowej u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną). Poszczególne zasoby radzenia sobie osiągnęły zakres wyjaśnienia postrzegania autonomii na poziomie od kilku do kilkunastu procent wariancji.

Utworzone przez zmienne modele regresyjne osiągnęły poziom istotny statystycznie, co wskazuje na ich predykcyjną wartość, zarówno w postaci strategii radzenia sobie, jak i samooceny i jej komponentów, poczucia własnej skuteczności, nadziei podstawowej, a także wsparcia społecznego dla postrzegania autonomii w jej różnych wymiarach, zarówno u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą.

Na zakończenie należy dodać, że w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną uchwycono więcej związków o sile kształtującej się od poziomu niskiego

do umiarkowanego pomiędzy poszczególnymi zmiennymi niezależnymi w postaci zasobów radzenia sobie (z wyjątkiem wsparcia społecznego), a postrzeganiem autonomii, w stosunku do badanych z niepełnosprawnością nabytą.

Rozdział VII
Rola akceptacji niepełnosprawności w ustalaniu zależności między zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u badanych

Jednym z czynników warunkujących autonomię osoby z niepełnosprawnością jest nadawanie subiektywnego znaczenia niepełnosprawności. Warunki biomedyczne, jak również wynikający z nich sposób funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością nie są tak istotne, jak subiektywne znaczenie nadawane ograniczeniom wynikającym z niepełnosprawności (G. Bręczewski, 2018, s. 28). Akceptacja niepełnosprawności stanowi element jej subiektywnego obrazu, zarówno w wymiarze poznawczo-emocjonalnym, zakładającym traktowanie niepełnosprawności jako jednego z elementów obrazu siebie, wyrażającym się w afektywnej internalizacji obrazu siebie jako osoby z niepełnosprawnością, co wpływa również na funkcjonowanie poznawcze związane z reorganizacją obecnych i przyszłych konsekwencji niepełnosprawności, jak i w wymiarze behawioralnym związanym z wykorzystaniem zachowanych przez człowieka możliwości do wykonania zadań pozwalających na przystosowanie i reintegrację społeczną (S. Byra, 2017a, s. 32).

Akceptacja niepełnosprawności w niniejszym projekcie badawczym jest zmienną pośredniczącą, której poznanie pozwala lepiej zrozumieć współzależności pomiędzy zmiennymi niezależnymi i zależnymi (M. Łobocki, 2011, s. 35). W pierwszej części rozdziału dokonano diagnozy akceptacji niepełnosprawności u badanych studentów, a także określenia związków akceptacji z postrzeganiem autonomii i z zasobami radzenia sobie u badanych. Ostatnia część rozdziału jest odpowiedzią na problem badawczy, wyrażający się w pytaniu: jak akceptacja niepełnosprawności ustala zależność pomiędzy zmienną niezależną w postaci zasobów radzenia sobie, a zmienną zależną w postaci postrzegania autonomii u badanych studentów z niepełnosprawnością.

Podobnie, jak w rozdziale V i VI w celu dokładniejszego poznania znaczenia rodzaju niepełnosprawności dla analizy zależności pomiędzy zmiennymi, badani zostali podzieleni na dwie grupy: studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i z niepełnosprawnością nabytą. W celu ustalenia charakteru powiązań między

zmiennymi niezależnymi (strategie radzenia sobie, zasoby radzenia sobie), a także zmienną zależną (postrzeganie autonomii) a zmienną pośredniczącą w postaci akceptacji niepełnosprawności, zastosowano analizę korelacyjną r-Pearsona. Natomiast by sprawdzić znaczenie zmiennej pośredniczącej w ustalaniu charakteru zależności między poszczególnymi zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii zastosowano analizę kanoniczą dla całej grupy badanych studentów, ponieważ pomiędzy grupami badanych z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą w zakresie akceptacji niepełnosprawności nie uchwycono różnic istotnych statystycznie.

7.1. Akceptacja niepełnosprawności u badanych

Akceptacja niepełnosprawności w przyjętym podejściu teoretycznym wiąże się ze zmianami w systemie wartości osoby z niepełnosprawnością, a także pełni funkcję ochronną wobec dewaluowania własnej osoby z powodu niepełnosprawności (B. A Wright, 1983, s. 134). Zasadnym jest więc pytanie o poziom akceptacji własnej niepełnosprawności u badanych studentów.

Do zebrania wyników badań posłużyła Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (J. M. Ferrin, F. Chan, J. Chronister, C. Y. Chiu) w polskiej adaptacji S. Byry, która pozwala na zidentyfikowanie złożonej struktury akceptacji niepełnosprawności. Skala składa się z następujących podskal: (AKC-I) zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; (AKC-II) poszerzenie zakresu wartości; (AKC-III) przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; (AKC-IV) ograniczanie skutków niepełnosprawności. Wyniki badanych studentów osiągnięte w poszczególnych podskalach znajdują się w tabeli nr 71.

Tab. 71. *Akceptacja niepełnosprawności u osób badanych – zestawienie wyników studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i niepełnosprawnością nabytą*

Podskale	Studenci z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową		Studenci z nabytą niepełnosprawnością ruchową		Test istotności różnic	
	M	**SD**	**M**	**SD**	**t**	**p**
AKC-I	30,03	5,99	28,59	5,00	1,43	0,154
AKC-II	28,84	7,38	27,33	6,25	1,21	0,227
AKC-III	31,99	6,22	31,59	5,65	0,37	0,714
AKC-IV	33,93	6,22	33,63	5,44	0,29	0,775

Średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD), wynik testu t-Studenta (t), poziom istotności (p)

AKC-I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Na podstawie dokonanej analizy statystycznej mającej na celu porównanie badanych studentów w zakresie akceptacji niepełnosprawności należy stwierdzić, że pomiędzy grupami nie uchwycono różnic istotnych statystycznie. Badani z niepełnosprawnością wrodzoną osiągnęli nieznacznie wyższe wyniki od badanych z niepełnosprawnością nabytą. Zarówno badani z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą osiągnęli najwyższe wyniki w podskali ograniczania skutków niepełnosprawności, zaś najniższe w zakresie podskali poszerzania zakresu wartości. Można również zauważyć, że wyniki w poszczególnych podskalach są zbliżone do siebie, co oznacza, że badani jako grupa mają dosyć wysoki poziom akceptacji niepełnosprawności. Jednak wysokie odchylenia standardowe wskazują, że pomiędzy badanymi mogą występować znaczące różnice w poziomie akceptacji niepełnosprawności.

Następnie przeanalizowane zostały związki akceptacji niepełnosprawności z postrzeganiem autonomii u badanych.

7.2. Związki akceptacji niepełnosprawności z postrzeganiem autonomii u badanych

Subiektywna ocena własnej niepełnosprawności związana jest z osobistą oceną własnych możliwości przez osobę z niepełnosprawnością, a tym samym przyczynia się ona do mobilizowania się przez nią do aktywności. W takim ujęciu osoba z niepełnosprawnością może stać się podmiotem własnych działań, w których utrata sprawności nie jest jedyną i dominującą wartością, oznaczającą stratę innych ważnych

wartości (G. Bręczewski, 2018, s. 30). Autonomia decyzyjna osoby z ograniczoną sprawnością wiąże się z zdolnością do dokonywania przez nią wyborów, bez ingerencji z zewnątrz, w oparciu o wewnętrzną motywację (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971).

Analizy wzajemnych powiązań pomiędzy postrzeganiem autonomii a akceptacją niepełnosprawności dokonano za pomocą analizy korelacji r-Pearsona. Otrzymane wyniki analizy statystycznej dla studentów z niepełnosprawnością wrodzoną znajdują się w tabeli nr 72.

Tab. 72. *Akceptacja niepełnosprawności a postrzeganie autonomii u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Podskale Autonomii / Akceptacja niepełnosprawności	A-M	A-P	A-R	A-F	A-WCz	A-SP	A-PN	A-OC
AKC-I	0,17	0,12	0,08	0,10	0,13	0,16	0,20	0,08
AKC-II	0,27*	0,23	0,34*	0,26*	0,21	0,40**	0,44**	0,41**
AKC-III	0,21	0,23	0,25*	0,20	0,10	0,27*	0,31*	0,20
AKC-IV	0,19	0,19	0,21	0,13	0,16	0,21	0,26*	0,15

*p<0,05; **p<0,01

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

AKC – I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Wyniki analizy korelacyjnej są podstawą do przyjęcia założeń o związku akceptacji niepełnosprawności z postrzeganiem różnych wymiarów autonomii u badanych. Siła związków korelacyjnych w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną kształtuje się na poziomie niskim i umiarkowanym. Badani, którzy w większym stopniu poszerzają zakres wartości oceniają wyżej własną autonomię w wymiarach autonomii mobilności, rodzinnej, finansowej (korelacje słabe), a także towarzysko-interpersonalnej, pracy zawodowej i nauki oraz ogólnej oceny autonomii (korelacje umiarkowane). Wyższa gotowość do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe sprzyja wyższej ocenie autonomii w rodzinie i towarzysko-interpersonalnej (korelacje słabe). Nasilone dążenie do ograniczenia skutków niepełnosprawności wiąże się z wyższą oceną badanych w wymiarze autonomii pracy

zawodowej i nauki. Ujawnione związki zależnościowe istotne statystycznie wskazują, że bardziej nasilona akceptacja niepełnosprawności sprzyja wyższej ocenie autonomii w jej różnych wymiarach, a szczególnie w wymiarze pracy zawodowej i nauki.

Natomiast uzyskane wyniki dotyczące związków korelacyjnych pomiędzy postrzeganiem autonomii a akceptacją niepełnosprawności u badanych z niepełnosprawnością nabytą znajdują się w tabeli nr 73.

Tab. 73. *Akceptacja niepełnosprawności a postrzeganie autonomii u badanych z niepełnosprawnością nabytą – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Podskale autonomii / **Akceptacja niepełnosprawności**	**A-M**	**A-P**	**A-R**	**A-F**	**A-WCz**	**A-SP**	**A-PN**	**A-OC**
AKC-I	0,08	-0,08	0,05	-0,04	-0,01	0,16	0,03	0,22
AKC-II	0,27*	0,08	0,21	0,08	-0,01	0,29**	0,29**	0,45**
AKC-III	0,13	0,06	-0,00	-0,04	-0,04	0,25	0,03	0,12
AKC-IV	0,00	0,08	0,07	-0,09	0,09	0,12	-0,04	0,09

*p<0,05; **p<0,01

Autonomia mobilności (A-M), Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P), Autonomia w rodzinie (A-R), Autonomia finansowa (A-F), Autonomia spędzania wolnego czasu (A-WCz), Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP), Praca zawodowa i nauka (A-PN), Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)

AKC – I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Uzyskane wyniki analizy korelacyjnej r-Pearsona dla badanych z niepełnosprawnością nabytą pozwoliły uchwycić istotne statystycznie korelacje pomiędzy podskalą poszerzania wartości a oceną autonomii w wymiarach: mobilności, towarzysko-interpersonalnym, pracy zawodowej i nauki (korelacje słabe) oraz ogólnej oceny autonomii (korelacja umiarkowana).

Uchwycone zależności pomiędzy zmiennymi wskazują, że poszerzanie zakresu wartości u badanych z niepełnosprawnością nabytą szczególnie sprzyja wyższej ogólnej ocenie autonomii, a także wiąże się z wyższą oceną autonomii w następujących wymiarach: mobilności, życia towarzyskiego i kontaktów interpersonalnych, a także pracy zawodowej i nauki.

W zakresie powiązań pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a postrzeganiem autonomii istotne statystycznie zależności uchwycono tylko w jednej podskali

akceptacji niepełnosprawności, a mianowicie w podskali poszerzania zakresu wartości u badanych z niepełnosprawnością nabytą.

Wśród badanych z niepełnosprawnością nabytą uchwycono mniej zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności, a poszczególnymi wymiarami postrzegania autonomii, niż u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną. Wymiarem akceptacji niepełnosprawności, który najbardziej sprzyja wyższej ocenie autonomii, zarówno wśród badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, jest poszerzanie zakresu wartości. Koreluje on pozytywnie zwłaszcza z wymiarami autonomii, które są szczególnie związane ze społecznym uczestnictwem badanych, jak życie społeczne i kontakty towarzyskie, praca zawodowa i nauka, a także ocena szans na prowadzenie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. W obydwu grupach badanych wyższa akceptacja niepełnosprawności przekłada się również na wyższą ocenę autonomii mobilności. Uchwycone powiązania wskazują, że akceptacja niepełnosprawności sprzyja podnoszeniu oceny autonomii, zarówno u badanych z niepełnosprawnością nabytą, jak i wrodzoną.

W następnej części rozdziału zostaną przeanalizowane związki pomiędzy zmiennymi niezależnymi w postaci strategii i zasobów radzenia, a zmienną pośredniczącą w postaci akceptacji niepełnosprawności u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową.

7.3. Związki akceptacji niepełnosprawności z radzeniem sobie i zasobami radzenia u badanych

W literaturze przedmiotu akceptacja niepełnosprawności jest powiązana ze zmiennymi psychospołecznymi, które są związane z zasobami radzenia sobie. Dowiedziono między innymi pozytywnej korelacji między akceptacją niepełnosprawności a samooceną i emocjonalnym wsparciem, zdolnościami adaptacyjnymi w zakresie rozwiązywania problemów, poczuciem samoskuteczności, przekonaniami religijnymi i społeczną integracją, zachowaniami asertywnymi, oceną niepełnosprawności jako sytuacji stresowej w formie wyzwania (S. Byra, 2017a, s. 32). Analizy powiązań pomiędzy zmiennymi niezależnymi w postaci zasobów radzenia sobie a zmienną pośredniczącą, jaką jest akceptacja niepełnosprawności, zostały dokonane za pomocą testu r-Pearsona, w obu badanych grupach studentów.

7.3.1. Związki akceptacji niepełnosprawności z radzeniem sobie i zasobami radzenia u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną

Doświadczenie niepełnosprawności, które jest udziałem osób z niepełnosprawnością wrodzoną może ograniczyć jej potencjał rozwojowy we wczesnych etapach rozwoju ontogenetycznego i w okresie młodości, ale jednocześnie pozwala ono na adekwatne rozpoznanie własnego potencjału rozwojowego (S. Kowalik, 2003, s. 73). Jednym z czynników wzmacniających potencjał rozwojowy osoby z niepełnosprawnością ruchową jest jej stosunek do własnej osoby, który zależy zarówno od jej funkcjonowania w sferze emocjonalnej, poznawczej, a następnie na poziomie behawioralnym (G. Bręczewski, 2018, s. 29). Zasoby radzenia sobie badanych, a także akceptacja niepełnosprawności regulują zachowanie jednostki, zwłaszcza w sytuacjach, które są przez nią oceniane jako trudne. Uchwycone związki korelacyjne między akceptacją niepełnosprawności a strategiami radzenia sobie u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną zaprezentowano w tabeli nr 74.

Tab. 74. *Akceptacja niepełnosprawności a strategie radzenia sobie u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Strategie radzenia sobie / Akceptacja niepełnosprawności	AR	PL	PP	AK	PH	REL	PWE	PWI	ZC	ZAP	WYŁ	ZSP	ZD	OS
AKC-I	0,21	0,29*	0,29*	0,06	0,15	-0,09	0,10	0,09	0,19	-0,04	-0,08	0,09	-0,35**	-0,21
AKC-II	0,17	0,27*	0,12	0,22	-0,03	-0,13	0,10	-0,02	-0,09	-0,06	-0,31*	-0,19	-0,39**	-0,40**
AKC-III	0,15	0,27*	0,14	0,17	-0,07	-0,04	0,07	0,12	-0,04	-0,04	-0,22	-0,18	-0,34**	-0,22
AKC-IV	0,21	0,37**	0,23*	0,12	0,11	-0,00	0,01	0,15	0,01	-0,07	-0,19	-0,02	-0,34**	-0,10

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

AKC-I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości

AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Aktywne Radzenie Sobie (AR); Planowanie (PL); Pozytywne przewartościowanie (PP); Akceptacja (AK); Poczucie humoru (PH); Zwrot ku religii (REL); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE); Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI); Zajmowanie się czymś innym (ZC); Zaprzeczanie (ZAP); Wyładowywanie (WYŁ); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP); Zaprzestanie działań (ZD); Obwinianie siebie (OS)

Uzyskane rezultaty w wyniku przeprowadzonej analizy korelacji są podstawą do przyjęcia założenia o związku określonych strategii radzenia sobie z akceptacją niepełnosprawności w tej grupie badanych. Siła uzyskanych związków korelacyjnych

kształtuje się na poziomie niskim. Wyjątkiem jest pojedyncza korelacja na poziomie umiarkowanym pomiędzy strategią radzenia sobie w postaci obwiniania siebie i akceptacji niepełnosprawności w zakresie poszerzania wartości u badanych. Uchwycone związki zależnościowe istotne statystycznie pozwalają stwierdzić, że częstsze stosowanie strategii planowania przez badanych sprzyja wyższej akceptacji niepełnosprawności, we wszystkich wymiarach, zaś rzadsze stosowanie przez badanych strategii radzenia w postaci zaprzestania działań ogranicza akceptację niepełnosprawności, również we wszystkich jej wymiarach. Bardziej nasilone stosowanie przez badanych strategii radzenia sobie w postaci pozytywnego przewartościowania sprzyja zmniejszeniu wartości fizycznych w stosunku do innych wartości u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, podobnie jak przeformułowaniu wartości względnych na wartości stałe.

Uchwycono również związki korelacyjne o wartości ujemnej pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a strategiami radzenia sobie. Częściej stosowana strategia radzenia sobie w postaci wyładowywania ogranicza akceptację niepełnosprawności w zakresie poszerzania wartości, podobnie jak strategia radzenia sobie w postaci obwiniania siebie. Uchwycone zależności w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną potwierdzają, że adaptacyjne, a tym samym konstruktywne strategie radzenia sobie sprzyjają akceptacji niepełnosprawności u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną. Podczas gdy przyjmowanie w sytuacjach trudnych niekonstruktywnych strategii radzenia sobie sprzyja obniżeniu akceptacji niepełnosprawności u badanych.

Zmienną, która została również przeanalizowana w zestawieniu z akceptacją niepełnosprawności jest samoocena badanych. Wyniki z przeprowadzonych analiz statystycznych ustalających zależności korelacyjne pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a samooceną u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, znajdują się w tabeli nr 75.

Tab. 75. *Akceptacja niepełnosprawności a samoocena u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Wymiary samooceny / Akceptacja niepełnosprawności	SA	PK	SAM-WO
AKC-I	-0,25*	0,19	-0,16
AKC-II	-0,52***	0,14	-0,43**
AKC-III	-0,28*	0,14	-0,21
AKC-IV	-0,26*	0,20	-0,16

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Samoakceptacja (SA), Poczucie kompetencji (PK), Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)

AKC – I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Uchwycone zależności korelacyjne pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a samooceną u badanych są istotne statystycznie. U badanych z niepełnosprawnością wrodzoną uchwycono niskie i umiarkowane korelacje pomiędzy samoakceptacją a akceptacją niepełnosprawności, a także korelację umiarkowaną pomiędzy wynikiem ogólnym samooceny a akceptacją niepełnosprawności w wymiarze poszerzania zakresu wartości. Ujawnione powiązania mają wyłącznie wartość ujemną, co wskazuje, że niższe wyniki badanych w zakresie samoakceptacji i ogólnego wyniku samooceny wiążą się z obniżeniem akceptacji niepełnosprawności we wszystkich wymiarach. W tej grupie badanych nie ujawniono żadnych korelacji pomiędzy poczuciem kompetencji badanych a akceptacją niepełnosprawności. Kolejnym analizowanym zasobem radzenia sobie w kontekście akceptacji niepełnosprawności jest poczucie własnej skuteczności u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną.

Tab. 76. *Akceptacja niepełnosprawności a poczucie własnej skuteczności u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Poczucie własnej skuteczności / Akceptacja niepełnosprawności	PWS-WO
AKC-I	0,45***
AKC-II	0,59***
AKC-III	0,47***
AKC-IV	0,48***

***p<0,001

Poczucie własnej skuteczności (PWS-WO)

AKC-I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

W analizie korelacji pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną uchwycono umiarkowane korelacje o wartości dodatniej. Związki są istotne statystycznie (p<0,001), natomiast najsilniejsze powiązania ujawniono między poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności w wymiarze poszerzania zakresu wartości. Uchwycone korelacje mają wartość dodatnią, co wskazuje, że wyższe poczucie własnej skuteczności sprzyja wyższej akceptacji niepełnosprawności we wszystkich jej podskalach. Najniższą korelację odnotowano pomiędzy poczuciem własnej skuteczności i akceptacją w podskali zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości.

W kontekście akceptacji niepełnosprawności przeanalizowano u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną nadzieję podstawową, jako wewnętrzny zasób radzenia sobie. W celu ustalenia powiązań pomiędzy nią, a akceptacją niepełnosprawności u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną zastosowano analizę korelacji r-Pearsona. Wyniki przeprowadzonej analizy w tej grupie badanych znajdują się w tabeli nr 77.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że pomiędzy tym zasobem radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności u badanych nie zachodzi związek istotny statystycznie. Ujawnione związki zależnościowe o słabej sile sugerują, że w tej grupie badanych nadzieja podstawowa jest zasobem, który w bardzo ograniczonym zakresie sprzyja akceptacji niepełnosprawności.

Tab. 77. *Akceptacja niepełnosprawności a nadzieja podstawowa u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Nadzieja podstawowa / Akceptacja niepełnosprawności	NP-WO
AKC-I	0,05
AKC-II	0,16
AKC-III	0,15
AKC-IV	0,10

Nadzieja podstawowa (NP-WO)

AKC – I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Podobnie w zakresie powiązań pomiędzy akceptacją niepełnosprawności u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, a wsparciem społecznym na podstawie przeprowadzonej analizy korelacji testem r-Pearsona (tab. 78), nie ujawniono związków istotnych statystycznie.

Tab. 78. *Akceptacja niepełnosprawności a wsparcie społeczne u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Wsparcie społeczne / Akceptacja Niepełnosprawności	WS-INF	WS-INS	WS-W	WS-EM	WS-WO
AKC-I	0,18	0,20	0,04	0,10	0,14
AKC-II	0,16	0,19	0,18	0,23	0,21
AKC-III	0,13	0,22	0,12	0,18	0,17
AKC-IV	0,17	0,19	0,19	0,16	0,19

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

AKC-I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Przeprowadzone analizy korelacji pomiędzy akceptacją niepełnosprawności, a strategiami radzenia sobie, a także poszczególnymi zasobami radzenia ujawniły, że w grupie badanych z niepełnosprawnością wrodzoną proaktywne strategie radzenia sobie w postaci planowania i pozytywnego przewartościowania sprzyjają akceptacji niepełnosprawności, zaś niekonstruktywne strategie radzenia sobie w postaci zaprzestania działań i obwiniania siebie są związane z obniżeniem poziomu akceptacji niepełnosprawności u badanych. Zasobem radzenia sobie sprzyjającym wyższej akceptacji niepełnosprawności jest poczucie własnej skuteczności. Pomiędzy zmiennymi uchwycono korelacje umiarkowane, które wskazują, że wyższy poziom poczucia własnej skuteczności sprzyja akceptacji niepełnosprawności we wszystkich jej wymiarach. Drugim zasobem, w zakresie którego uchwycono korelacje ze wszystkimi wymiarami akceptacji niepełnosprawności jest samoakceptacja. Uchwycone zależności wskazują, że niższy poziom samoakceptacji sprzyja wyższej akceptacji niepełnosprawności w jej wszystkich wymiarach.

Natomiast zasoby radzenia jakimi są nadzieja podstawowa i wsparcie społeczne w tej grupie badanych nie utworzyły związków korelacyjnych z akceptacją własnej niepełnosprawności. Można na tej podstawie twierdzić o ograniczonej roli tych

zasobów w zakresie sprzyjania lub ograniczania akceptacji niepełnosprawności u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną.

7.3.2. Związki akceptacji niepełnosprawności z radzeniem sobie i zasobami radzenia u badanych studentów z nabytą niepełnosprawnością ruchową

Nabycie niepełnosprawności wiąże się ze złożoną reakcją emocjonalną, która rodzi się z przeżywania przez osobę z niepełnosprawnością, konfliktu. Osią konfliktu jest z jednej strony miłość do siebie, zaś z drugiej dewaluacja wartości własnej osoby ze względu na zaistniałe uszkodzenia własnego ciała (S. Kowalik, 2018, s. 298). Literatura z zakresu psychologii rehabilitacji wskazuje na konsekwencje nabycia niepełnosprawności w różnych obszarach aktywności osoby z niepełnosprawnością. Szczególnie ważne są skutki w sferze emocjonalnej i poznawczej, które wpływają również na funkcjonowanie społeczne. W odniesieniu do tych informacji zasadna jest pogłębiona analiza zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności, a zasobami radzenia u badanych studentów z niepełnosprawnością nabytą.

Analizy wzajemnych powiązań między zmienną niezależną w postaci strategii radzenia sobie a zmienną pośredniczącą – akceptacją niepełnosprawności dokonano przy użyciu współczynników korelacji r-Pearsona. Otrzymane wyniki analizy statystycznej dla studentów z niepełnosprawnością nabytą znajdują się w tabeli nr 79.

Tab. 79. *Akceptacja niepełnosprawności a strategie radzenia sobie u badanych z niepełnosprawnością nabytą – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Strategie radzenia sobie / Akceptacja niepełnosprawności	AR	PL	PP	AK	PH	REL	PWE	PWI	ZC	ZAP	WYŁ	ZSP	ZD	OS
AKC-I	0,28*	0,24	0,51***	0,38**	-0,05	0,08	0,14	0,16	-0,15	-0,16	-0,29*	-0,03	-0,06	-0,18
AKC-II	0,12	0,17	0,45***	0,22	-0,13	-0,14	0,08	-0,12	-0,14	-0,33*	-0,31*	-0,12	-0,23	-0,27*
AKC-III	0,31**	0,37**	0,40**	0,26	-0,31*	0,06	0,26	0,22	-0,25	-0,38**	-0,14	-0,07	-0,43**	-0,25
AKC-IV	0,36**	0,23	0,40**	0,22	-0,16	0,09	0,17	0,26	-0,14	-0,21	0,03	0,02	-0,16	-0,15

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

AKC -I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Aktywne Radzenie Sobie (AR); Planowanie (PL); Pozytywne przewartościowanie (PP); Akceptacja (AK); Poczucie humoru (PH); Zwrot ku religii (REL); Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE); Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI); Zajmowanie się czymś innym (ZC); Zaprzeczanie (ZAP); Wyładowanie (WYŁ); Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP); Zaprzestanie działań (ZD); Obwinianie siebie (OS)

W wyniku przeprowadzonych analiz uchwycono związki istotne statystycznie, które wskazują na sprzyjającą lub ograniczającą rolę strategii radzenia w stosunku do akceptacji niepełnosprawności u badanych z niepełnosprawnością nabytą. Strategią, która utworzyła związki o umiarkowanej sile z akceptacją niepełnosprawności w jej wszystkich wymiarach jest pozytywne przewartościowanie. Strategia w postaci aktywnego radzenia sobie utworzyła korelacje niskie, istotne statystycznie z akceptacją niepełnosprawności, prawie we wszystkich wymiarach akceptacji niepełnosprawności, poza wymiarem poszerzania zakresu wartości. Strategia radzenia sobie w postaci planowania utworzyła związek zależnościowy o słabej sile z wymiarem akceptacji związanym z przeformułowaniem wartości względnych na wartości stałe. Natomiast konstruktywna strategia w postaci poczucia humoru utworzyła korelację o wartości negatywnej, z wymiarem akceptacji niepełnosprawności związanym z przeformułowaniem wartości względnych na wartości stałe.

W zakresie niekonstruktywnych strategii radzenia sobie uchwycono związki zależnościowe o charakterze ujemnym pomiędzy strategią radzenia sobie w postaci zaprzeczania a akceptacją niepełnosprawności w następujących podskalach: poszerzenie zakresu wartości, przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe, jak również pomiędzy strategią radzenia w postaci wyładowywania a akceptacją

niepełnosprawności w podskalach: zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości i poszerzenia zakresu wartości. Strategia radzenia sobie w postaci zaprzestania działań utworzyła związek korelacyjny o umiarkowanej sile z akceptacją niepełnosprawności w zakresie przeformułowania wartości względnych na wartości stałe, zaś strategia w postaci obwiniania siebie utworzyła korelację niską o charakterze negatywnym z akceptacją niepełnosprawności w zakresie poszerzenia zakresu wartości. Przeprowadzone analizy wskazują, że stosowanie przez badanych z niepełnosprawnością nabytą konstruktywnych strategii radzenia sobie wiąże się ze wzrostem akceptacji niepełnosprawności, w jej różnych wymiarach. Wyjątek stanowiła strategia radzenia sobie w postaci poczucia humoru, ponieważ uchwycona korelacja wskazuje, że jej stosowanie wiąże się ze zmniejszeniem akceptacji niepełnosprawności u badanych. Strategią radzenia sobie, która w największym zakresie sprzyja u badanych z niepełnosprawnością nabytą akceptacji niepełnosprawności jest pozytywne przewartościowanie. Natomiast częstsze stosowanie niekonstruktywnych strategii radzenia sobie w postaci obwiniania siebie, wyładowywania, czy zaprzestania działań, łączy się z obniżeniem akceptacji niepełnosprawności w jej różnych wymiarach. W zakresie akceptacji niepełnosprawności szczególnie wrażliwą podskalą na preferowane przez badanych strategie radzenia sobie jest podskala związana z przeformułowaniem wartości względnych na wartości stałe.

Samoocena jest kolejnym analizowanym zasobem w kontekście akceptacji niepełnosprawności u badanych. Do ustalenia powiązań między samooceną badanych, a akceptacją niepełnosprawności w jej różnych zakresach zastosowano analizę korelacyjną r-Pearsona (tab. 80).

Tab. 80. *Akceptacja niepełnosprawności a samoocena u badanych z niepełnosprawnością nabytą – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Wymiary samooceny / Akceptacja niepełnosprawności	SA	PK	SAM-WO
AKC-I	-0,35*	0,33**	-0,18
AKC-II	-0,37**	-0,06	-0,38**
AKC-III	-0,43**	0,21	-0,31*
AKC-IV	-0,27	0,34**	-0,09

*p<0,05; **p<0,01

Samoakceptacja (SA), Poczucie kompetencji (PK), Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)

AKC-I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

W zakresie powiązań pomiędzy samooceną badanych a akceptacją niepełnosprawności uchwycono związki istotne statystycznie o słabej sile. Z wyjątkiem korelacji umiarkowanej pomiędzy samoakceptacją a akceptacją niepełnosprawności w podskali przeformułowania wartości względnych na wartości stałe. U badanych z niepełnosprawnością nabytą ustalono istotne statystycznie powiązania pomiędzy samoakceptacją a prawie wszystkimi zakresami akceptacji niepełnosprawności (z wyjątkiem podskali ograniczania skutków niepełnosprawności). Ponadto pomiędzy poczuciem kompetencji a akceptacją niepełnoprawności uchwycono korelacje w następujących podskalach: zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, ograniczanie skutków niepełnosprawności. Zostały odkryte również korelacje pomiędzy ogólnym wynikiem samooceny a akceptacją niepełnosprawności w podskalach: poszerzenia zakresu wartości i przeformułowania wartości względnych na wartości stałe. Ujawnione korelacje mają charakter negatywny, z wyjątkiem korelacji w zakresie komponentu samooceny, jakim jest poczucie kompetencji. Uchwycone korelacje wskazują, że niższy poziom samooceny, jak również jej ogólny wynik sprzyja wyższemu poziomowi akceptacji niepełnosprawności, podobnie jak niższe poczucie kompetencji wiąże się z wyższą akceptacją niepełnosprawności w dwóch jej wymiarach.

Poczucie własnej skuteczności jest kolejnym rozpatrywanym zasobem radzenia sobie w kontekście akceptacji niepełnosprawności badanych z niepełnosprawnością nabytą je. Rezultaty obliczeń statystycznych przeprowadzonych metodą analizy korelacji r-Pearsona znajdują się w tabeli nr 81.

Tab. 81. *Akceptacja niepełnosprawności a poczucie własnej skuteczności u badanych z niepełnosprawnością nabytą – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Poczucie własnej skuteczności / Akceptacja niepełnosprawności	PWS-WO
AKC-I	0,51***
AKC-II	0,32**
AKC-III	0,40***
AKC-IV	0,40***

**p<0,01; ***p<0,001

Poczucie własnej skuteczności (PWS-WO)

AKC-I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

W analizie korelacji między poczuciem własnej skuteczności a akceptacją niepełnosprawności uchwycono związki istotne statystycznie o umiarkowanym nasileniu. Z wyjątkiem zależności o słabej sile pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a podskalą akceptacji niepełnosprawności w zakresie poszerzenia zakresu wartości. Ujawnione powiązania mają wartość pozytywną, co wskazuje, że wyższy poziom poczucia własnej skuteczności sprzyja wyższej akceptacji niepełnosprawności, we wszystkich jej podskalach w tej grupie badanych.

Nadzieja podstwowa jest kolejnym rozpatrywanym zasobem radzenia sobie w kontekście akceptacji niepełnosprawności. Uzyskane w tym zakresie rezultaty prezentuje tabela nr 82.

Tab. 82. *Akceptacja niepełnosprawności a nadzieja podstawowa u badanych z niepełnosprawnością nabytą – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Nadzieja podstawowa / Akceptacja niepełnosprawności	NP-WO
AKC-I	0,48***
AKC-II	0,38**
AKC-III	0,46***
AKC-IV	0,47***

**p<0,01; ***p<0,001

Nadzieja podstawowa (NP-WO)

AKC-I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Podobnie, jak w zakresie poczucia własnej skuteczności, analizy statystyczne w zakresie zależności pomiędzy akceptacją niepełnosprawności a nadzieją podstawową badanych z niepełnosprawnością nabytą ujawniły korelacje istotne statystycznie o wartości pozytywnej. Ujawnione korelacje o umiarkowanej sile (z wyjątkiem podskali akceptacji niepełnosprawności poszerzania zakresu wartości) wskazują, że u badanych z niepełnosprawnością nabytą wyższy poziom nadziei podstawowej sprzyja bardziej nasilonej akceptacji niepełnosprawności w jej wszystkich wymiarach.

Kolejnym analizowanym zasobem radzenia sobie w zakresie związków zależnościowych z akceptacją niepełnosprawności jest wsparcie społeczne badanych. Do ustalenia powiązań pomiędzy wsparciem społecznym a postrzeganiem autonomii u badanych z niepełnosprawnością nabytą zastosowano analizę korelacji r-Pearsona (tab. 83).

W wyniku przeprowadzonej analizy uchwycono korelacje istotne statystycznie o niskiej sile pomiędzy wsparciem emocjonalnym a akceptacją niepełnosprawności w zakresie zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, a także pomiędzy ogólnym wynikiem wsparcia społecznego a ograniczaniem skutków niepełnosprawności. Ponadto uchwycono istotne statystycznie korelacje pomiędzy poszczególnymi rodzajami wsparcia społecznego a wymiarami akceptacji niepełnosprawności: wsparciem informacyjnym a podskalą zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (korelacja umiarkowana), wsparciem wartościującym a zmniejszeniem znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (korelacja umiarkowana), przeformułowania wartości względnych na wartości stałe (korelacja niska), ograniczanie skutków niepełnosprawności (korelacja umiarkowana). Pomiędzy ogólnym wynikiem wsparcia a akceptacją niepełnosprawności uchwycono korelacje w zakresie zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (korelacja umiarkowana) oraz ograniczania skutków niepełnosprawności (korelacja niska). Uchwycone korelacje wskazują na istotną rolę wsparcia społecznego dla badanych z niepełnosprawnością nabytą w zakresie akceptacji niepełnosprawności. Szczególnie ważne znaczenie w zakresie sprzyjania akceptacji niepełnosprawności pełni wsparcie wartościujące. W zakresie tego zasobu radzenia sobie wszystkie uchwycone korelacje mają wartość dodatnią, co potwierdza znaczenie wsparcia społecznego w procesie akceptacji niepełnosprawności w tej grupie osób badanych.

Tab. 83. *Akceptacja niepełnosprawności a wsparcie społeczne u badanych z niepełnosprawnością nabytą – współczynniki korelacji r-Pearsona*

Wsparcie społeczne / Akceptacja niepełnosprawności	WS-INF	WS-INS	WS-W	WS-EM	WS-WO
AKC-I	0,41***	0,26	0,48**	0,28*	0,40**
AKC-II	0,17	0,15	0,19	0,02	0,15
AKC-III	0,22	0,08	0,31*	0,09	0,20
AKC-IV	0,27	0,22	0,40***	0,19	0,30*

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Wsparcie informacyjne (WS-INF); Wsparcie instrumentalne (WS-INS); Wsparcie wartościujące (WS-W); Wsparcie emocjonalne (WS-EM); Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)

AKC-I Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości
AKC-II Poszerzenie zakresu wartości
AKC-III Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe
AKC-IV Ograniczanie skutków niepełnosprawności

W wyniku przeprowadzonych analiz korelacji ujawniono związki, które wskazują zarówno na rolę strategii i zasobów radzenia sobie w sprzyjaniu akceptacji niepełnosprawności w jej różnych zakresach. Szczególne znaczenie w podniesieniu poziomu akceptacji niepełnosprawności u badanych z niepełnosprawnością nabytą można przypisać zarówno poczuciu własnej skuteczności, jak i nadziei podstawowej, które łączą się ze wzrostem akceptacji niepełnosprawności w każdym jej wymiarze. Wsparcie społeczne okazało się istotne statystycznie w zakresie sprzyjania poszczególnym przejawom akceptacji niepełnosprawności, z wyjątkiem podskali poszerzania zakresu wartości.

7.4. Rola akceptacji niepełnosprawności w ustalaniu charakteru związków między zasobami radzenia sobie a postrzeganą autonomią u badanych studentów

Akceptacja niepełnosprawności jest zmienną pośredniczącą, która w niniejszym projekcie badawczym może mieć znaczenie w ustalaniu charakteru zależności pomiędzy zmienną zależną w postaci postrzegania autonomii, a zmiennymi niezależnymi w postaci zasobów radzenia sobie. By sprawdzić przypisaną jej rolę zastosowano analizę kanoniczną. Pozwala ona ustalać siłę i charakter związku między dwoma zbiorami jednocześnie. W każdym wymiarze akceptacji niepełnosprawności podzielono badanych na dwie grupy wyrażające tendencję do akceptowania lub nieakceptowania posiadanej niepełnosprawności, z wykorzystaniem mediany. Analizę kanoniczną przeprowadzono w obrębie wyróżnionej grupy z tendencją do akceptacji niepełnosprawności w każdym z jej wymiarów. W związku z tym, iż akceptacja niepełnosprawności nie różni się istotnie statystycznie między badanymi grupami, analiza została przeprowadzona dla całej grupy badanych studentów. Analiza została przeprowadzona w oparciu o podział badanych według wyników uzyskanych za pomocą Skali Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) J.M. Ferrina, F. Chana, J. Chronister, Chung-Yi Chiu, w polskiej adaptacji S. Byry.

7.4.1. Związki zależnościowe między zasobami radzenia a postrzeganiem autonomii u badanych z tendencją do zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości

Badani z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych znajdują się na etapie akceptacji niepełnosprawności, w którym dokonują przeformułowania oceny własnej osoby już nie na podstawie cech fizycznych, ale w oparciu o cechy świadczące o niepowtarzalności własnej osoby (S. Byra, 2017a, s. 34). W celu ustalenia jak radzenie sobie i jego zasoby wiążą się z postrzeganiem autonomii w tej grupie osób badanych przeanalizowano rezultaty przeprowadzonej analizy kanonicznej. W tabeli nr 84 znajduje się zestawienie otrzymanych wyników odnoszących się do zależności między strategiami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii.

Tab. 84. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a strategiami radzenia sobie u badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości*

	Kryteria/predyktory	Zmienne kanoniczne	
		RcI	**RcII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	-0,05	0,35
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	0,17	0,08
	Autonomia w rodzinie (A-R)	0,37	0,24
	Autonomia finansowa (A-F)	0,20	-0,07
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	-0,50	-0,84
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	-0,59	0,42
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	0,39	-0,34
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	-0,67	0,13
	Rc	**0,677**	**0,595**
	p	**0,000**	**0,025**
	Rd	**18,67 %**	**12,57 %**
	Ad	**27,60 %**	**21,10 %**
STRATEGIE RADZENIA	Aktywne Radzenie Sobie (AR)	-0,86	-0,42
	Planowanie (PL)	0,75	0,03
	Pozytywne przewartościowanie (PP)	0,05	-0,38
	Akceptacja (AK)	-0,37	0,07
	Poczucie humoru (PH	-0,30	0,10
	Zwrot ku religii (REL)	0,16	0,32
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE)	-0,84	0,47
	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI)	0,52	0,39
	Zajmowanie się czymś innym (ZC)	0,08	-0,31
	Zaprzeczanie (ZAP)	-0,03	0,19
	Wyładowanie (WYŁ)	0,07	-0,71
	Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP)	0,18	0,55
	Zaprzestanie działań (ZD)	0,19	0,05
	Obwinianie siebie (OS)	-0,21	-0,61

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc), współczynnik redundancji (Rd), współczynnik dopasowania (Ad), poziom istotności (p)

Analiza kanoniczna przeprowadzona w celu ustalenia stopnia współzależności zmiennych kanonicznych, postrzegania autonomii i strategii radzenia sobie wykazała, że w grupie badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, za pomocą całego zbioru zmiennych radzenia sobie można wyjaśnić 36% postrzegania autonomii. Wyróżniono osiem zmiennych kanonicznych, ale tylko dwie z nich okazały się istotne statystycznie. Pierwsza zmienna kanoniczna cechuje się dosyć wysokim współczynnikiem korelacji, a także wysoką istotnością statystyczną. Reprezentuje niski procent wariancji zmiennych, z których pochodzi (współczynnik dopasowania – ponad 20%). Druga para zmiennych kanonicznych jest istotna statystycznie ($p<0,05$) i cechuje się niższym, w stosunku do pierwszej pary współczynnikiem korelacji. Podobnie jak pierwsza zmienna, reprezentuje ona niski procent wariancji zmiennych, z których pochodzi.

Zależności pomiędzy zmiennymi kształtują się na poziomie niskim i umiarkowanym, w obrębie obu zmiennych kanonicznych przyjmują one strukturę dwuwymiarową. Pierwsza zmienna kanoniczna wyraża współzależność, którą można scharakteryzować w następujący sposób. Przy znacząco niskiej ocenie szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami, a także postrzeganiu autonomii w wymiarze towarzysko-interpersonalnym, jak również czasu wolnego współwystępuje obniżona preferencja do stosowania przez badanych strategii w postaci aktywnego radzenia sobie i poszukiwania wsparcia emocjonalnego, a także do silniejszego preferowania przez badanych strategii w postaci planowania.

Natomiast uchwycona współzależność w obrębie drugiej pary zmiennych kanonicznych wskazuje, że badani nisko oceniający autonomię czasu wolnego mają ograniczone preferencje w zakresie stosowania niekonstruktywnych strategii radzenia sobie w postaci wyładowywania emocji, a także obwiniania siebie, jak również konstruktywnych strategii radzenia sobie w postaci aktywnego radzenia sobie i pozytywnego przewartościowania. Oznaczałoby to, że badani z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych wycofują się ze stosowania strategii niekonstruktywnych, ale jeszcze w niewystarczającym zakresie stosują te strategie radzenia sobie, które pomogłyby im efektywniej radzić sobie w sytuacji niepełnosprawności. Dlatego autonomia w grupie badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych jest ograniczona przede wszystkim przez proces nieefektywnego radzenia sobie z trudnościami wynikającymi z sytuacji niepełnosprawności.

Kolejna analiza kanoniczna została przeprowadzona w grupie badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w celu ustalenia charakteru zależności między poszczególnymi zasobami radzenia a postrzeganiem autonomii. Rezultaty przeprowadzonej analizy znajdują się w tabeli nr 85.

Tab. 85. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a przekonaniami na własny temat (samoocena), swojej skuteczności w radzeniu sobie (PWS) oraz świata (nadzieja podstawowa) u badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych*

	Kryteria/predyktory	Zmienne kanoniczne	
		RcI	**RcII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	0,43	-0,03
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	0,38	-0,44
	Autonomia w rodzinie (A-R)	-0,74	0,12
	Autonomia finansowa (A-F)	0,36	0,64
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	0,13	-0,94
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	0,93	0,59
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	-0,45	0,49
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	-0,56	0,08
	Rc	**0,470**	**0,300**
	p	**0,002**	**0,020**
	Rd	**77,38%**	**16,47%**
	Ad	**77,07%**	**56,4%**
ZASOBY RADZENIA	Samoakceptacja (SA)	0,75	0,09
	Poczucie kompetencji (PK)	0,76	-0,21
	Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)	-0,22	-0,88
	Poczucie własnej skuteczności (PWS-WO)	0,42	0,33
	Nadzieja podstawa – wyniki ogólny (NP-WO)	0,08	-0,08

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc), współczynnik redundancji (Rd), współczynnik dopasowania (Ad), poziom istotności (p)

Analiza kanoniczna przeprowadzona w celu ustalenia współzależności pomiędzy postrzeganiem autonomii, a przekonaniami na temat siebie (samoocena), własnej skuteczności (poczucie własnej skuteczności) i świata (nadzieja podstawowa) wykazała, że w grupie badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości za pomocą całego zbioru zmiennych zasobów radzenia sobie można wyjaśnić 17% postrzegania autonomii. Spośród pięciu par zmiennych kanonicznych, dwie okazały się istotne statystycznie, a ich współczynnik korelacji kształtuje się raczej na poziomie niskim. Porównując pary zmiennych - ich druga para cechuje się niższym wskaźnikiem dopasowania zmiennych, z których pochodzi

(ponad 50%). Natomiast, w pierwszej poziom dopasowania wynosi prawie 80%. Największy wkład do pierwszej pary zmiennych kanonicznych mają następujące predyktory: poczucie kompetencji, a także samoakceptacja, zaś w drugiej parze zmiennych wynik ogólny samooceny. Na podstawie korelacji kanonicznych w obrębie pierwszej pary zmiennych, które kształtują się na poziomie wysokim i umiarkowanym można wnosić, że wyższe poczucie kompetencji i samoakceptacji badanych z tendencją do zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości sprzyja niższej ocenie autonomii rodzinnej, ale jednocześnie zdecydowanie wyższej ocenie autonomii towarzysko-interpersonalnej.

Uchwycone współzależności w obrębie drugiej pary zmiennych kanonicznych można opisać następująco: badani z tendencją do niskiej samooceny również niżej oceniają autonomię w wymiarze czasu wolnego, ale mają skłonność do wyższej oceny autonomii finansowej.

Kolejna analiza została przeprowadzona dla grupy badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, w celu sprawdzenia charakteru zależności między wsparciem społecznym a postrzeganiem autonomii. Zestawienie uzyskanych wyników znajduje się w tabeli nr 86. Spośród zbioru pięciu par zmiennych kanonicznych dwie okazały się istotne statystycznie, zaś za pomocą całego zbioru wsparcia społecznego można wyjaśnić około 5% zmienności postrzegania autonomii w tej grupie badanych.

Tab. 86. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a wsparciem społecznym u badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości*

	Kryteria/predyktory	Zmienna kanoniczna	
		RcI	**RcII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	-0,64	0,12
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	0,89	0,02
	Autonomia w rodzinie (A-R)	0,24	0,16
	Autonomia finansowa (A-F)	-0,21	-0,84
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	-0,45	0,52
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	-0,08	0,05
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	0,19	0,02
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	0,20	-0,72
	Rc	**0,231**	**0,300**
	p	**0,009**	**0,020**
	Rd	**5,32 %**	**4,90%**
	Ad	**24,89 %**	**32,80%**
WSPARCIE	Wsparcie informacyjne (WS-INF)	0,75	-0,61
	Wsparcie instrumentalne (WS-INS)	-0,66	1,12
	Wsparcie wartościujące (WS-W)	-0,33	-0,85
	Wsparcie emocjonalne (WS-EM)	0,54	0,81
	Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)	-0,23	-0,33

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc); współczynnik redundancji (Rd); współczynnik dopasowania (Ad);poziom istotności (p)

W wyniku analizy kanonicznej przeprowadzonej w celu ustalenia znaczenia akceptacji niepełnosprawności dla określenia charakteru zależności pomiędzy postrzeganiem autonomii, a wsparciem społecznym badanych powstało pięć par zmiennych kanonicznych, z których tylko dwie okazały się istotne statystycznie. Współczynniki współzależności kształtowały się na niskim poziomie w zakresie dwóch zmiennych. W zakresie dopasowania druga para zmiennych kanonicznych osiągnęła wyższy wskaźnik kształtujący się na poziomie około 33%, zaś pierwsza zmienna kanonicza kształtuje się na poziomie około 25%. Zmienna, która miała największy wkład w wyjaśnienie to wsparcie informacyjne, a także wsparcie instrumentalne w zakresie pierwszej pary zmiennych kanonicznych, zaś w zakresie drugiej pary zmiennych wsparcie wartościujące i emocjonalne. Zależności pomiędzy zmiennymi kształtują się na poziomie wysokim i umiarkowanym, przyjmując w obrębie obu zmiennych kanonicznych strukturę dwubiegunową. Przy otrzymywaniu przez badanych wysokiego poziomu wsparcia emocjonalnego, wartościującego i informacyjnego badani jednocześnie wyżej oceniają własną autonomię w zakresie pielęgnacyjnym, ale pomimo

tego stosunkowo nisko oceniają własną autonomię w zakresie mobilności. Interpretując ten wynik można stwierdzić, że w zakresie autonomii mobilności szczególnie ważne dla tych badanych jest wsparcie instrumentalne.

Uchwycone współzależności w zakresie drugiej pary zmiennych kanonicznych wskazują na wysoki wkład wsparcia instrumentalnego, z niższym, ale również znacząco wysokim wsparciem wartościującym w niższe oceny autonomii finansowej i szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami.

Badani z tendencją do ograniczania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości wykazują najsilniejszą preferencję do korzystania ze strategii radzenia sobie w postaci planowania, a także ograniczoną gotowość do stosowania pozytywnych strategii w postaci aktywnego radzenia sobie. Wyższe poczucie kompetencji (wymiar samooceny) w tej grupie wiąże się z niższą oceną autonomii rodzinnej, a jednocześnie wyższą towarzysko-interpersonalną. Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdza się, że badani dla wyższej oceny autonomii mobilności potrzebują wyższego poziomu wsparcia instrumentalnego. Wynik ten wskazuje na jego kluczową rolę w ocenie autonomii mobilności.

7.4.2. Związki zależnościowe między zasobami radzenia a postrzeganiem autonomii u badanych z tendencją do poszerzenia zakresu wartości

Badani, którzy mają tendencję do poszerzenia zakresu wartości znajdują się na etapie rozpoznania wartości w zdolnościach i celach, które nie zostały przez nich utracone w wyniku nabycia niepełnosprawności. Kładą oni większy nacisk na wartości, które są możliwe do osiągnięcia pomimo ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia i niepełnosprawności (S. Byra, 2017a, s. 34).

W wyniku przeprowadzenia analizy kanonicznej dla grupy badanych z tendencją do poszerzenia zakresu wartości ustalono znaczenie tego wymiaru akceptacji niepełnosprawności dla charakteru współzależności pomiędzy wymiarami postrzegania autonomii a strategiami radzenia sobie. Wyniki pierwszej analizy kanonicznej przeprowadzonej dla grupy badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości zaprezentowano w tabeli nr 87 ujawniają dwie pary zmiennych kanonicznych, wskazujących na istotne skorelowanie wymiarów postrzegania autonomii ze strategiami radzenia sobie.

Tab. 87. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a strategiami radzenia sobie u badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości*

	Kryteria/predyktory	Zmienne kanoniczne	
		RcI	**RcII**
AAUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	-0,38	0,18
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	-0,12	-0,20
	Autonomia w rodzinie (A-R)	-0,35	0,03
	Autonomia finansowa (A-F)	-0,02	-0,16
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	0,49	0,06
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	0,47	-0,97
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	-0,06	0,41
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	0,55	0,14
	Rc	**0,629**	**0,444**
	P	**0,000**	**0,019**
	Rd	**15,51 %**	**9,4%**
	Ad	**24,7 %**	**21,19%**
STRATEGIE RADZENIA	Aktywne Radzenie Sobie (AR)	0,98	-0,62
	Planowanie (PL)	-0,63	0,59
	Pozytywne przewartościowanie (PP)	0,24	-0,59
	Akceptacja (AK)	0,26	0,16
	Poczucie humoru (PH	0,16	0,04
	Zwrot ku religii (REL)	-0,20	0,24
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE)	0,57	0,26
	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI)	-0,62	0,14
	Zajmowanie się czymś innym (ZC)	0,02	-0,22
	Zaprzeczanie (ZAP)	0,23	0,43
	Wyładowywanie (WYŁ)	0,42	-0,04
	Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP)	-0,51	-0,09
	Zaprzestanie działań (ZD)	-0,20	-0,45
	Obwinianie siebie (OS)	0,23	-0,43

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc); współczynnik redundancji (Rd); współczynnik dopasowania (Ad); poziom istotności (p)

W wyniku przeprowadzonej analizy kanonicznej powstało osiem par zmiennych kanonicznych, spośród których jedna okazała się wysoko istotna statystycznie, zaś druga istotna statystycznie. Za pomocą całego zbioru strategii radzenia sobie można wyjaśnić prawie 17% zmienności postrzegania autonomii w tej grupie badanych. Pierwsza zmienna kanoniczna cechuje się wysokim współczynnikiem korelacji, ale reprezentuje niski procent wariancji zmiennych, z których pochodzi (około 25%). Największy wkład do tej pary zmiennych wnosi strategia radzenia sobie w postaci aktywnego radzenia sobie, a także ograniczonych preferencji do planowania,

poszukiwania wsparcia instrumentalnego, zażywania substancji psychoaktywnych. Jednocześnie uchwycono umiarkowane współzależności wskazujące na preferowanie przez badanych strategii w postaci wyładowywania, a także poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Badani z tendencją do poszerzania zakresu wartości wciąż nisko oceniają autonomię mobilności i rodzinną, a jednak w stosunku do badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości wyżej oceniają autonomię w zakresie czasu wolnego i towarzysko-interpersonalną. Można zatem twierdzić, że ta grupa badanych w większym zakresie jest w stanie korzystać z aktywnego radzenia sobie, z ograniczeniem planowania i stosowania w ograniczonym zakresie strategii w postaci wyładowywania emocji negatywnych, w stosunku do badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości. Układ strategii radzenia sobie wskazuje na ukierunkowane radzenie sobie badanych z trudnymi emocjami.

Druga para zmiennych kanonicznych cechuje się średnim współczynnikiem korelacji. Reprezentuje niski procent wariancji zmiennych, z których pochodzi (współczynnik dopasowania – ponad 20%). Największy wkład w wyjaśnienie tej zmiennej kanonicznej wnosi aktywne radzenie sobie, planowanie i pozytywne przewartościowanie, zaś po stronie kryteriów jest to postrzeganie autonomii przez badanych w wymiarze towarzysko-interpersonalnym. Ten wymiar autonomii ma bardzo wysoki współczynnik korelacji o wartości ujemnej. Ta zmienna kanoniczna wyraża zależność możliwą do opisania w następujący sposób: badani, którzy stosunkowo rzadko stosują strategie w postaci aktywnego radzenia sobie, a także pozytywnego wartościowania, ale jednocześnie mają silną preferencję do stosowania strategii w postaci planowania bardzo nisko oceniają własną autonomię w wymiarze towarzysko-interpersonalnym.

Dla tej grupy badanych została przeprowadzona kolejna analiza kanoniczna, której celem było ustalenie wzajemnych powiązań pomiędzy zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii. Układ wzajemnych powiązań między analizowanymi wymiarami autonomii a zmiennymi w postaci przekonania na własny temat (samooceną), swojej skuteczności (PWS) oraz świata (nadzieja podstawowa) znajduje się w tabeli nr 88. Spośród pięciu par zmiennych kanonicznych dwie okazały się istotne statystycznie. Zmienne kanoniczne tego modelu są w stanie wyjaśnić 19% zmienności postrzegania autonomii. Obydwie zmienne charakteryzują się umiarkowanym dopasowaniem (współczynnik dopasowania w zakresie zmiennej wynosi powyżej 45%,

zaś w zakresie drugiej powyżej 35%). Zmienne są dwubiegunowe. Największy wkład w wyjaśnienie postrzegania autonomii w obydwu parach zmiennych kanonicznych wnosi zmienna w postaci samoakceptacji. Pierwsza para zmiennych kanonicznych wskazuje, że wyższy wynik w zakresie samoakceptacji, przy umiarkowanym poczuciu kompetencji wiąże się z obniżeniem oceny w wymiarze autonomii rodzinnej, a także czasu wolnego, przy umiarkowanej ocenie autonomii mobilności. W obrębie drugiej pary zmiennych kanonicznych uchwycone współzależności wskazują, że niższy poziom samoakceptacji sprzyja niższej ocenie w zakresie autonomii pielęgnacji i autonomii finansowej.

Tab. 88. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między przekonaniami na własny temat (samoocena), swojej skuteczności w radzeniu sobie (PWS) oraz świata (nadzieja podstawowa) u badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości*

	Kryteria/predyktory	Zmienne kanoniczne	
		RcI	**RcII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	0,44	-0,14
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	-0,14	-0,67
	Autonomia w rodzinie (A-R)	-0,67	0,10
	Autonomia finansowa (A-F)	0,09	-0,56
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	-0,56	0,12
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	0,12	0,35
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	0,35	0,29
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	0,29	0,436
	Rc	**0,278**	**0,216**
	p	**0,016**	**0,019**
	Rd	**12,88%**	**8,26%**
	Ad	**46,39%**	**38,16%**
ZASOBY RADZENIA	Samoakceptacja (SA)	0,65	-0,61
	Poczucie kompetencji (PK)	0,24	-1,40
	Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)	-1,70	1,20
	Poczucie własnej skuteczności (PWS-WO)	0,05	-0,53
	Nadzieja podstawa – wyniki ogólny (NP-WO)	-0,37	-0,41

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc), współczynnik redundancji (Rd), współczynnik dopasowania (Ad), poziom istotności (p)

W zakresie powiązań pomiędzy postrzeganiem autonomii a wsparciem społecznym u badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości w wyniku analizy kanonicznej ujawniono pięć par zmiennych kanonicznych, w tym trzy pary zmiennych okazały się istotne statystycznie (tab. 89). Za pomocą całego zbioru zmiennych

składających się na wsparcie społeczne można wyjaśnić około 5% zmienności postrzegania autonomii w tej grupie badanych. Zmienne kanoniczne reprezentują średni procent wariancji zmiennych, z których pochodzą (około 40%). Otrzymane zmienne kanoniczne zarówno po stronie kryteriów, jak i predyktorów są dwubiegunowe. Największy wkład do pierwszej pary zmiennych kanonicznych wnosi ogólny wynik wsparcia społecznego, a także wsparcie instrumentalne, które wiążą się z wyższą oceną autonomii w wymiarze czasu wolnego, z jednocześnie niższą w wymiarze pracy zawodowej i nauki. Uchwycone współzależności w obrębie tej zmiennej kanonicznej można rozumieć następująco: badani, którzy nisko oceniają różne rodzaje otrzymywanego wsparcia społecznego, przy zaznaczającym się wyższym wsparciu instrumentalnym, są w stanie wyżej oceniać autonomię czasu wolnego. Jednak samo wsparcie instrumentalne nie jest już wystarczające do wysokiej oceny w wymiarze pracy zawodowej i pracy.

W obrębie drugiej pary zmiennych największy wkład wnosi, podobnie jak w pierwszej parze, wynik ogólny wsparcia społecznego, a także wsparcie wartościujące, zaś po stronie kryteriów autonomia w wymiarze pielęgnacyjnym, a także czasu wolnego oraz pracy zawodowej i nauki. Uchwycony układ współzależności można opisać w następujący sposób: badani wysoko oceniający różne rodzaje wsparcia społecznego, ale przy niższej ocenie wsparcia wartościującego, są w stanie wyżej oceniać tylko autonomię pielęgnacyjną, a jednocześnie niżej oceniają wymiar autonomii związany z pracą zawodową i nauką, a także czasem wolnym. Można zatem twierdzić, że wsparcie wartościujące jest istotne dla wyższej oceny tych wymiarów autonomii.

Trzecia para zmiennych kanonicznych odznacza się największym wkładem wsparcia emocjonalnego, a następnie wsparcia informacyjnego i ogólnej oceny wsparcia społecznego. Na podstawie tej pary zmiennych kanonicznych można wskazać, że badani, którzy wyżej oceniają wsparcie emocjonalne, przy jednocześnie niższej ocenie wsparcia informacyjnego, a także ogólnej oceny wsparcia, wykazują się gotowością do wyższej oceny własnej autonomii w wymiarze pracy zawodowej i nauki, przy niższej ocenie autonomii mobilności.

W zakresie zależności pomiędzy wsparciem społecznym a postrzeganiem autonomii u badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości należy zwrócić uwagę, że szczególnie wrażliwą na wsparcie społeczne skalą jest wymiar autonomii w zakresie pracy zawodowej i nauki. Wyższy poziom wsparcia wartościującego i emocjonalnego wiąże się właśnie z wyższą oceną tego wymiaru autonomii. Wsparcie

instrumentalne jest istotne dla oceny wymiaru autonomii czasu wolnego. Wysoki wynik wsparcia społecznego jest istotny tylko dla wymiaru autonomii, jakim jest wymiar pielęgnacyjny. W oparciu o te wyniki badań w grupie badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości szczególnie istotne jest wsparcie emocjonalne i wartościujące, ponieważ te rodzaje wsparcia zwiększają uczestnictwo osoby z niepełnosprawnością w życiu społecznym.

Tab. 89. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a wsparciem społecznym u badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości*

	Kryteria/predyktory	Zmienna kanoniczna		
		RcI	**RcII**	**RcIII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	0,51	0,05	-0,68
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	0,15	0,91	0,52
	Atonomia w rodzinie (A-R)	0,23	0,33	-0,45
	Autonomia finansowa (A-F)	-0,20	0,17	0,18
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	1,10	-0,66	0,07
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	-0,05	-0,26	0,19
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	-1,11	-0,66	1,21
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	0,17	0,51	-0,90
	Rc	**0,331**	**0,227**	**0,130**
	p	**0,004**	**0,003**	**0,016**
	Rd	**9,41%**	**9,89%**	**4,56%**
	Ad	**28,46%**	**43,48%**	**34,97%**
WSPARCIE	Wsparcie informacyjne (WS-INF)	-0,58	0,19	-0,84
	Wsparcie instrumentalne (WS-INS)	1,88	-0,57	-0,15
	Wsparcie wartościujące (WS-W)	0,19	-1,52	-0,41
	Wsparcie emocjonalne (WS-EM)	1,03	0,50	1,75
	Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)	-1,89	1,86	-0,84

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc); współczynnik redundancji (Rd); współczynnik dopasowania (Ad); poziom istotności (p)

Podsumowując, badani z tendencją do poszerzania zakresu wartości przede wszystkim w zdecydowanie większym zakresie w stosunku do badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych stosują aktywne strategie radzenia sobie. Nadal podskalami, które do tego etapu są wrażliwe na ocenę badanych jest autonomia mobilności, pielęgnacji, a także zdecydowanie autonomia czasu wolnego. W zakresie wsparcia dla tej grupy badanych istotne wydaje się wsparcie instrumentalne, które ma większe znaczenie niż ogólny poziom wsparcia. Chociaż należy podkreślić, że wysoki

poziom poczucia kompetencji i samoakceptacji wiąże się z obniżeniem oceny autonomii w wymiarze rodzinnym.

Charakteryzując badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości warto wskazać, iż mają najsilniejszą preferencję do korzystania ze strategii w postaci aktywnego radzenia sobie, przy ograniczeniu skłonności do stosowania strategii radzenia w postaci planowania, jak również w mniejszym zakresie stosowania strategii radzenia sobie w postaci wyładowywania trudnych emocji. Wyższe poczucie samoakceptacji w tej grupie badanych wiąże się z wyższą oceną mobilności, a jednocześnie z niższą w wymiarze autonomii rodzinnej i czasu wolnego. Badani dla wyższej oceny autonomii mobilności potrzebują wyższego poziomu wsparcia instrumentalnego, pomimo tego, że w innych rodzajach wsparcia uzyskali również jego wysoki poziom. Szczególnie istotne w tej grupie badanych jest wsparcie wartościujące i emocjonalne, które wiąże się z wyższą oceną wymiarów autonomii związanych ze społecznym uczestnictwem.

7.4.3. Związki zależnościowe między zasobami radzenia a postrzeganiem autonomii u badanych z tendencją do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe

W tej części rozprawy zostanie scharakteryzowana grupa badanych z tendencją do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe. Cechą charakterystyczną tej grupy badanych jest koncentracja na własnych unikalnych cechach i zdolnościach bez formułowania ocen własnej osoby na podstawie porównań społecznych, a także nieosiągalnych standardów czy wzorców (S. Byra, 2017a, s. 35).

Zastosowanie analizy kanonicznej dla tej grupy badanych pozwoliło na uchwycenie współzależności pomiędzy postrzeganiem autonomii a strategiami radzenia sobie badanych (tab. 90). Za pomocą całego zbioru strategii radzenia sobie można wyjaśnić 24% zmienności postrzegania autonomii u badanych z tendencją do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe. W skład modelu weszło osiem par zmiennych kanonicznych, z których dwie okazały się istotne statystycznie. Pierwsza zmienna kanoniczna cechuje się niskim współczynnikiem dopasowania (około 18%), zaś druga para miała wyższy procent wariancji zmiennych, z których pochodzi w stosunku do pierwszej (około 25%).

Obydwie pary zmiennych kanonicznych, zarówno po stronie kryteriów, jak i predyktorów są dwubiegunowe. Największy wkład do pierwszej pary zmiennych kanonicznych mają po stronie predyktorów strategie radzenia sobie w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Na podstawie uchwyconych współzależności można stwierdzić, że badani preferujący strategię poszukiwania wsparcia instrumentalnego, a ograniczający strategię poszukiwania wsparcia emocjonalnego niżej oceniają własne szanse na osiągniecie życia z własnymi oczekiwaniami, a jednocześnie wyżej oceniają autonomię w wymiarze pracy zawodowej i nauki.

W zakresie drugiej pary zmiennych kanonicznych podobnie wysoki wkład ma strategia w postaci aktywnego radzenia sobie, a także poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego. Uchwycone współzależności wskazują, że niższe preferencje badanych w zakresie strategii aktywnego radzenia sobie i poszukiwania wsparcia emocjonalnego, a jednocześnie wyższe w zakresie poszukiwania wsparcia instrumentalnego sprzyjają niższej ocenie w wymiarach autonomii czasu wolnego, towarzysko-społecznej, a także pielęgnacyjnej.

Preferowanie przez badanych z tendencją do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe strategii radzenia sobie w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego okazje się w ich ocenie różnych wymiarów autonomii istotniejsze, niż poszukiwanie wsparcia instrumentalnego.

Natomiast rzadsze stosowanie przez badanych strategii w postaci aktywnego radzenia sobie przekłada się na obniżenie oceny wymiarów autonomii związanych ze społecznym uczestnictwem badanych, ale głównie w sferze prywatnej.

Tab. 90. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a strategiami radzenia sobie u badanych z tendencją do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe*

	Kryteria/predyktory	Zmienne kanoniczne	
		RcI	**RcII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	-0,17	0,26
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	0,37	-0,34
	Autonomia w rodzinie (A-R)	0,08	0,42
	Autonomia finansowa (A-F)	-0,06	0,00
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	0,40	-0,77
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	-0,31	-0,64
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	0,55	0,25
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	-0,97	0,03
	Rc	**0,447**	**0,383**
	P	**0,005**	**0,038**
	Rd	**8,20%**	**10,22%**
	Ad	**18,33%**	**26,71%**
STRATEGIE RADZENIA	Aktywne Radzenie Sobie (AR)	0,51	-0,75
	Planowanie (PL)	-0,50	0,10
	Pozytywne przewartościowanie (PP)	-0,03	0,11
	Akceptacja (AK)	-0,15	-0,24
	Poczucie humoru (PH	0,25	-0,25
	Zwrot ku religii (REL)	0,13	0,25
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE)	-0,78	-0,64
	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI)	0,61	0,60
	Zajmowanie się czymś innym (ZC)	0,11	0,10
	Zaprzeczanie (ZAP)	-0,21	0,08
	Wyładowywanie (WYŁ)	0,50	-0,45
	Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP)	0,07	0,44
	Zaprzestanie działań (ZD)	-0,18	0,15
	Obwinianie siebie (OS)	0,13	-0,46

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc), współczynnik redundancji (Rd), współczynnik dopasowania (Ad), poziom istotności (p)

Wyniki analizy kanonicznej, której celem było ustalenie charakteru zależności pomiędzy postrzeganiem autonomii a zasobami radzenia u badanych z tendencją do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe znajdują się w tabeli nr 91. Zbiór zmiennych w postaci przekonań na własny temat (samoocena), swojej skuteczności (poczucie własnej skuteczności) oraz świata (nadzieja podstawowa) wyjaśnia 9% zmienności postrzegania autonomii. Spośród pięciu par zmiennych kanonicznych dwie okazały się istotne statystycznie.

Pierwsza z nich reprezentuje dosyć wysoki poziom wariancji zmiennych, z których pochodzi (około 50%), zaś w drugiej zmiennej współczynnik dopasowania

kształtuje się na poziomie około 30%. Współczynniki korelacji w obu parach zmiennych kształtują się na stosunkowo niskim poziomie. Pary zmiennych kanonicznych są dwubiegunowe, zarówno po stronie kryteriów, jak i predyktorów. Największy wkład do pierwszej pary wnosi poczucie własnej skuteczności, a następnie samoakceptacja badanych.

Tab. 91. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a przekonaniami na własny temat (samoocena), swojej skuteczności w radzeniu sobie (poczucie własnej skuteczności) oraz świata (nadzieja podstawowa) u badanych z tendencją do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe*

	Kryteria/predyktory	Zmienna kanoniczna	
		RcI	**Rc II**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	-0,08	-0,65
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	0,02	-0,23
	Autonomia w rodzinie (A-R)	-0,23	0,29
	Autonomia finansowa (A-F)	0,74	0,37
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	-0,71	-0,82
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	0,14	0,80
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	0,01	0,11
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	-0,78	0,05
	Rc	**0,238**	**0,180**
	P	**0,002**	**0,030**
	Rd	**12,82%**	**5,75%**
	Ad	**53,94 %**	**31,86%**
ZASOBY RADZENIA	Samoakceptacja (SA)	0,66	0,80
	Poczucie kompetencji (PK)	0,45	0,54
	Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)	0,14	-0,91
	Poczucie własnej skuteczności (PWS-WO)	-1,00	-0,54
	Nadzieja podstawa-wyniki ogólny (NP-WO)	0,21	0,52

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc), współczynnik redundancji (Rd), współczynnik dopasowania (Ad), poziom istotności (p)

Uchwycone współzależności można rozumieć w następujący sposób: badani przy niskim poczuciu własnej skuteczności, a jednocześnie wyższej samoakceptacji i poczuciu kompetencji, niżej oceniają własne szanse na osiągnięcie życia zgodnego z oczekiwaniami, a także autonomię w wymiarze czasu wolnego, zaś wyżej są skłonni oceniać autonomię finansową.

Do drugiej pary zmiennych kanonicznych najwyższy wkład wnosi ogólny wynik samooceny, a także samoakceptacja. Badani, którzy mają niską samoocenę, przy jednocześnie wyższej samoakceptacji, niżej oceniają autonomię czasu wolnego,

a jednocześnie formułują wyższą oceną autonomii w wymiarze towarzysko-społecznym.

W zakresie uchwycenia współzależności pomiędzy postrzeganiem autonomii a wsparciem społecznym u badanych w wyniku analizy kanonicznej wyodrębniono pięć par zmiennych kanonicznych, z których jedna jest wysoko istotna statystycznie. Za pomocą całego zbioru zmiennych z zakresu wsparcia społecznego jest ona w stanie wyjaśnić około 10% postrzegania autonomii. Reprezentuje ona następujący procent wariancji zmiennych, z których pochodzi – współczynnik dopasowania – 59%. Zmienne zarówno po stronie kryteriów, jak i predyktorów są dwubiegunowe. Największy wkład do tej pary zmiennych ma wynik ogólny wsparcia społecznego, a także wsparcia emocjonalnego, zaś po stronie kryteriów postrzeganie autonomii w wymiarze autonomii mobilności, a także ograniczonej autonomii w zakresie finansowym i towarzysko-interpersonalnym. W tą zmienną kanoniczną mają wkład tendencje do niższej oceny różnych rodzajów wsparcia, przy jednocześnie wyższej ocenie wsparcia ogólnego.

Tab. 92. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a wsparciem społecznym u badanych z tendencją do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe*

	Kryteria/predyktory	**Zmienna kanoniczna**	
		RcI	**RcII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	0,36	-0,36
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	0,64	0,53
	Autonomia w rodzinie (A-R)	-0,32	0,32
	Autonomia finansowa (A-F)	-0,79	-0,19
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	0,06	-0,69
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	-0,43	-0,04
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	-0,49	-0,07
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	0,37	0,55
	Rc	**0,530**	**0,228**
	p	**0,000**	**0,012**
	Rd	**34,35 %**	**18,45%**
	Ad	**59,32 %**	**37,91%**
WSPARCIE	Wsparcie informacyjne (WS-INF)	-0,27	-0,87
	Wsparcie instrumentalne (WS-INS)	-0,21	-0,72
	Wsparcie wartościujące (WS-W)	-0,37	-0,12
	Wsparcie emocjonalne (WS-EM)	-3,64	-0,81
	Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)	4,75	0,44

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc); współczynnik redundancji (Rd); współczynnik dopasowania (Ad); poziom istotności (p)

Podsumowując, dla badanych z tendencją do przeformułowania wartości względnych na wartości stałe, wyższy poziom samoakceptacji i poczucia kompetencji sprzyja niższej ocenie autonomii w wymiarze czasu wolnego, ale jednocześnie wyższej w zakresie kontaktów interpersonalnych. Większe znaczenie ma ogólnie pojmowane wsparcie społeczne, niż faktycznie otrzymywane jego różne rodzaje, przy obniżonym poziomie wsparcia emocjonalnego. Badani z tej grupy potrzebują wzmożonego wsparcia informacyjnego, a także instrumentalnego, ponieważ ich obniżony poziom wiąże się z niższą oceną autonomii, w jej prawie wszystkich wymiarach, co może świadczyć o wzroście oczekiwań badanych wobec własnej autonomii.

7.4.4. Związki zależnościowe między zasobami radzenia a postrzeganiem autonomii u badanych z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności

Badani, którzy ograniczają skutki własnej niepełnosprawności postrzegają niepełnosprawność jako jedną ze swoich cech, która może definiować ich osobę, ale nie jako jedyną, najważniejszą, wokół której koncentruje się ich cała ocena własnej osoby. W ten sposób badani nie pozwalają, by posiadana niepełnosprawność wykroczyła poza rzeczywiste konsekwencje w ich życiu (S. Byra, 2017a, s. 35).

Uzyskane wyniki analizy kanonicznej dla badanych z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności w zakresie ustalenia charakteru zależności między postrzeganiem autonomii a strategiami radzenia sobie prezentuje tabela nr 93. W wyniku analizy kanonicznej uchwycono osiem zmiennych kanonicznych, z których trzy zmienne okazały się istotne statystycznie. Za pomocą całego zbioru strategii radzenia sobie można wyjaśnić około 25% zmienności postrzegania autonomii w tej grupie badanych. Pierwsza para zmiennych kanonicznych cechuje się dosyć wysokim współczynnikiem korelacji, zaś współczynnik ten zmniejsza się w obrębie drugiej i trzeciej pary zmiennych kanonicznych. Zmienne reprezentują umiarkowany oraz niski poziom dopasowania danych, z których pochodzą (współczynnik dopasowania kształtuje się od około 30% do około 15%). Zmienne zarówno po stronie kryteriów, jak i predyktorów są dwubiegunowe.

Największy wkład do pierwszej pary zmiennej kanonicznej wnoszą strategie aktywnego radzenia i poszukiwania wsparcia emocjonalnego, przy stosunkowo niskiej ocenie szans na osiągniecie życia zgodnego z posiadanymi oczekiwaniami, a także

wymiaru autonomii towarzysko-interpersonalnej, czasu wolnego, a jednocześnie wyższej ocenie w wymiarze autonomii mobilności. Uchwycone współzależności w obrębie tej zmiennej pozwalają na ich następujący opis: obniżona u badanych preferencja do stosowania strategii w postaci aktywnego radzenia sobie, a także poszukiwania wsparcia emocjonalnego, przy wyższej tendencji do planowania wiąże się z obniżeniem ogólnej oceny autonomii, a także jej wymiaru towarzysko-interpersonalnego.

W obrębie drugiej pary zmiennych kanonicznych najwyższy wkład ma zmienna w postaci obwiniania siebie, a także aktywnego radzenia sobie, zajmowania się czymś innym, a także ograniczonej tendencji do stosowania strategii w postaci planowania i zaprzeczania przy wyższej ocenie spędzania czasu wolnego. Badani, którzy w większym stopniu preferują strategie w postaci obwiniania siebie, mając również obniżoną tendencję do stosowania strategii w postaci zaprzeczenia, ale jednocześnie stosujący strategię aktywnego radzenia sobie oraz zajmowania się czymś innym, wyżej oceniają autonomię w wymiarze czasu wolnego, przy jednocześnie niższej ocenie autonomii finansowej. Uchwycone współzależności wskazują, że badani ograniczający skutki własnej niepełnosprawności stosują cały wachlarz strategii, które pozwalają im na ograniczanie skutków niepełnosprawności. Szczególnie ważnym wymiarem autonomii jest wymiar czasu wolnego, w którym badani mogą z większą swobodą realizować atrakcyjne dla siebie cele, a także z większą dowolnością dostosować formy aktywności do swoich potrzeb.

W obrębie trzeciej pary zmiennych kanonicznych największy wkład wnosi strategia radzenia sobie w postaci obniżonej tendencji do planowania, zaś podwyższonej preferencji do stosowania strategii w postaci wyładowywania i zaprzeczania, przy niższej ocenie wymiaru autonomii mobilności, a także towarzysko-interpersonalnej. Natomiast na poziomie umiarkowanym kształtuje się ocena szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami, a także autonomia w życiu rodzinnym. Uchwycone współzależności pozwalają na następujący opis: przy wyższej tendencji badanych do stosowania strategii w postaci wyładowywania emocji, oraz zajmowania się czymś innym, a także przy ograniczonej tendencji do planowania, zaznacza się niższa ocena autonomii w wymiarze towarzysko-interpersonalnym, ale jednocześnie wyższa w wymiarze autonomii rodzinnej.

Tab. 93. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a strategiami radzenia sobie u badanych z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności*

	Kryteria/predyktory	Zmienne kanoniczne		
		RcI	**RcII**	**RcIII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	0,35	0,03	-0,86
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	-0,15	-0,07	0,17
	Autonomia w rodzinie (A-R)	0,35	0,07	0,74
	Autonomia finansowa (A-F)	-0,04	-0,51	0,17
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	-0,35	1,35	-0,37
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	-0,40	-0,32	-0,86
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	0,02	-0,25	0,13
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	-0,60	-0,18	0,48
	Rc	**0,598**	**0,450**	**0,240**
	p	**0,002**	**0,032**	**0,027**
	Rd	**17,71%**	**7,82%**	**3,86%**
	Ad	**29,60%**	**17,36%**	**16,12%**
STRATEGIE RADZENIA	Aktywne Radzenie Sobie (AR)	-0,89	0,44	-0,03
	Planowanie (PL)	0,60	-0,45	-0,51
	Pozytywne przewartościowanie (PP)	-0,13	0,21	-0,02
	Akceptacja (AK)	-0,30	0,15	0,19
	Poczucie humoru (PH	-0,23	-0,13	0,16
	Zwrot ku religii (REL)	0,32	-0,23	-0,11
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (PWE)	-0,74	-0,43	-0,26
	Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego (PWI)	0,59	-0,00	-0,07
	Zajmowanie się czymś innym (ZC)	0,22	0,44	-1,01
	Zaprzeczanie (ZAP)	-0,25	-0,57	0,40
	Wyładowywanie (WYŁ)	-0,32	0,25	0,62
	Zażywanie substancji psychoaktywnych (ZSP)	0,26	-0,26	0,07
	Zaprzestanie działań (ZD)	0,18	0,32	-0,30
	Obwinianie siebie (OS)	-0,24	0,58	0,08

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc); współczynnik redundancji (Rd); współczynnik dopasowania (Ad); poziom istotności (p)

Badani wykazujący tendencję do ograniczania skutków niepełnosprawności stosują zarówno strategie konstruktywne, jak również te, które wiążą się z obwinianiem siebie, zaprzeczaniem i wyładowywaniem emocji. Badani prawdopodobnie są w stanie na tym etapie mieć większy kontakt z trudnymi dla siebie emocjami, ponieważ stosują w mniejszym zakresie konstruktywne strategie radzenia sobie.

W zakresie testowanej zależności pomiędzy postrzeganiem autonomii a zasobami radzenia sobie, uchwycono cztery pary zmiennych kanonicznych, z których dwie są istotne statystycznie. Za pomocą całego zbioru zmiennych obejmującego

te zasoby można wyjaśnić 9% postrzegania autonomii. Uchwycona zmienna ma niski współczynnik korelacji oraz reprezentuje umiarkowany procent wariancji zmiennych, z których pochodzi (współczynnik dopasowania – 42%). Zmienne zarówno po stronie kryteriów, jak i predyktorów są dwubiegunowe. Największy wkład w wyjaśnienie zmiennych ma samoakceptacja i poczucie kompetencji (wymiary samooceny). Jednak badani jednocześnie najwyżej w stosunku do pozostałych grup wyłonionych na podstawie akceptacji niepełnosprawności oceniają własną autonomię w zakresie czasu wolnego, a także autonomię rodzinną. Ta grupa badanych jest również mniej skoncentrowana na wymiarze związanym z nauką i pracą, ale znacznie niżej w stosunku do badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości ocenia własną autonomię towarzysko-interpersonalną.

Zestawienie wyników analizy kanonicznej między postrzeganiem autonomii a poszczególnymi zasobami radzenia sobie znajduje się w tabeli nr 94.

Tab. 94. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a przekonaniami na własny temat (samoocena), swojej skuteczności w radzeniu sobie (PWS) oraz świata (nadzieja podstawowa) u badanych z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności*

	Kryteria/predyktory	**Zmienne kanoniczne**	
		RcI	**RcII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	0,28	-0,67
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	0,42	-0,02
	Autonomia w rodzinie (A-R)	-0,94	0,51
	Autonomia finansowa (A-F)	-0,06	-0,26
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	-0,04	-0,29
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	0,07	-0,01
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	-0,69	-0,48
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	0,33	0,07
	Rc	**0,195**	**0,122**
	P	**0,028**	**0,038**
	Rd	**8,17%**	**5,26%**
	Ad	**41,97%**	**42,93%**
ZASOBY RADZENIA	Samoakceptacja (SA)	0,58	0,01
	Poczucie kompetencji (PK)	0,34	0,12
	Wynik ogólny samooceny (SAM-WO)	0,04	-0,03
	Poczucie własnej skuteczności (PWS-WO)	-0,04	0,06
	Nadzieja podstawa – wyniki ogólny (NP-WO)	0,27	-0,80

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc), współczynnik redundancji (Rd), współczynnik dopasowania (Ad), poziom istotności (p)

Natomiast w obrębie drugiej pary zmiennych największy wkład ma zmienna w postaci nadziei podstawowej, przy wyższej ocenie autonomii rodzinnej i jednocześnie niższej w zakresie pracy zawodowej i nauki. Niższy poziom nadziei podstawowej sprzyja wyższej ocenie autonomii rodzinnej, co może się wiązać z obniżeniem wobec niej oczekiwań, ale już z niższą oceną w wymiarze pracy zawodowej i nauki.

Kolejna analiza kanoniczna została przeprowadzona dla wsparcia społecznego u badanych z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności. W wyniku przeprowadzonej analizy kanonicznej dwie zmienne okazały się istotne statystycznie, przy czym pierwsza para zmiennych jest wysoko istotna statystycznie ($p < 0,001$). Zmienne cechują się w przypadku pierwszej pary umiarkowanym współczynnikiem korelacji, zaś drugiej dosyć niskim. Obydwie zmienne reprezentują umiarkowany procent wariancji zmiennych, z których pochodzą (od ponad 50% do około 40%). Największy wkład do pierwszej pary zmiennych wnosi ogólny wynik wsparcia, przy wyższej ocenie autonomii mobilności, ale także oceny szans na jej osiągnięcie.

W obrębie drugiej pary zmiennych kanonicznych również najwyższy wkład ma ogólny wynik wsparcia społecznego, przy jednocześnie niższej ocenie czasu wolnego, ale przy wyższej ocenie szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami, a także autonomii w wymiarze pielęgnacyjnym. Wyrażone współzależności można opisać w następujący sposób: przy wyższej ocenie wsparcia społecznego badani niżej oceniają autonomię w wymiarze czasu wolnego, ale wyżej w zakresie oceny szans na jej osiągnięcie, a także w obrębie wymiaru pielęgnacyjnego.

W zakresie obu zmiennych kanonicznych została uchwycona ta sama zależność, która wskazuje na równomiernie obniżenie oceny wsparcia we wszystkich jego wymiarach przy jednocześnie ogólnej wysokiej ocenie wsparcia społecznego, co może wskazywać na zwiększenie samodzielności badanych, a jednocześnie na docenianie przez nich sieci społecznych, w których mogą otrzymać wsparcie społeczne. Wyższa ogólna ocena wsparcia społecznego u badanych wiąże się z wyższą oceną w zakresie szans na osiągniecie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami.

Tab. 95. *Zestawienie wyników analizy kanonicznej dotyczących zależności między postrzeganiem autonomii a wsparciem społecznym u badanych z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności*

	Kryteria/predyktory	Zmienna kanoniczna	
		RcI	**RcII**
AUTONOMIA	Autonomia mobilności (A-M)	0,79	-0,36
	Autonomia w pielęgnacji własnej (A-P)	-0,07	0,53
	Autonomia w rodzinie (A-R)	-0,04	0,32
	Autonomia finansowa (A-F)	-0,16	-0,19
	Autonomia spędzania czasu wolnego (A-WCz)	-0,00	-0,69
	Życie towarzyskie i kontakty interpersonalne (A-SP)	-0,19	-0,04
	Praca zawodowa i nauka (A-PN)	0,12	-0,07
	Autonomia – ocena szans na jej osiągnięcie (A-OC)	0,73	0,55
	Rc	0,530	0,228
	P	0,000	0,012
	Rd	34,71%	8,96%
	Ad	55,97%	39,27%
WSPARCIE	Wsparcie informacyjne (WS-INF)	-0,13	-0,87
	Wsparcie instrumentalne (WS-INS)	-0,12	-0,72
	Wsparcie wartościujące (WS-W)	-0,14	-0,12
	Wsparcie emocjonalne (WS-EM)	-0,14	-0,81
	Wsparcie społeczne – wynik ogólny (WS-WO)	0,47	0,44

Współczynnik korelacji kanonicznej (Rc), współczynnik redundancji (Rd), współczynnik dopasowania (Ad), poziom istotności (p)

Charakteryzując badanych z tendencją do ograniczenia skutków niepełnosprawności należy podkreślić, że stosują oni w przewadze negatywne strategie radzenia sobie, które jednak sprzyjają wyższej ocenie autonomii czasu wolnego, ale mogą one jednocześnie obniżyć ocenę szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. W tej grupie badanych zasoby radzenia w postaci samoakceptacji (wymiar samooceny) i nadziei podstawowej nie sprzyjają wyższej ocenie szans na osiągnięcie autonomii. Nadzieja podstawowa jest zaś zasobem, który sprzyja wyższej ocenie autonomii rodzinnej, ale takiej roli nie spełnia w wymiarze autonomii pracy zawodowej i nauki. Wsparcie społeczne, a przede wszystkim jego ogólny wynik sprzyja wyższej ocenie następujących wymiarów autonomii: szans na osiągniecie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami, mobilności i pielęgnacyjnym.

Analizując zależności pomiędzy postrzeganiem autonomii, akceptacją niepełnosprawności a strategiami i zasobami radzenia sobie, można dostrzec, że w grupach z tendencją do poszczególnych zakresów akceptacji niepełnosprawności zmieniają się, nie tylko preferowane przez badanych strategie radzenia sobie, ale także zależności pomiędzy zasobami radzenia sobie a poszczególnymi wymiarami autonomii.

Na zakończenie warto zauważyć, że akceptacja własnej niepełnosprawności jest dla badanych procesem złożonym, którego związki z oceną poszczególnych wymiarów autonomii, a także strategiami i zasobami radzenia sobie nie są jednoznaczne. Jednak we wszystkich badanych grupach wyłonionych na podstawie poziomu akceptacji, szczególne znaczenie mają wymiary autonomii związane z uczestniczeniem w relacjach społecznych (wymiar rodzinny i towarzysko-interpersonalny). Ostatnia grupa badanych, która jest skoncentrowana na ograniczaniu skutków własnej niepełnosprawności ocenia własną autonomię już w wymiarze globalnym, czyli szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. Badani, którzy mają tendencję do ograniczania znaczenia cech fizycznych preferują strategię w postaci planowania, zaś badani z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności korzystają z całego wachlarza strategii radzenia sobie, co wskazuje na ich zdolność do konfrontacji z trudnymi emocjami, które wzbudza niepełnosprawność. Natomiast w zakresie zasobów radzenia sobie u badanych z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności i u badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości zasobem radzenia sobie, który sprzyja ocenie poszczególnych wymiarów autonomii jest samoakceptacja i poczucie kompetencji (wymiary samooceny). Może to wskazywać, że badani z tendencją do zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości, a także poszerzenia zakresu wartości w większym zakresie koncentrują się na zasobach podmiotowych w postaci samooceny, w przeciwieństwie do badanych ograniczających skutki niepełnosprawności, których ocena poszczególnych wymiarów autonomii zależy w większym zakresie od wsparcia społecznego, a także nadziei podstawowej.

Rozdział VIII
Postrzeganie autonomii i jego korelatów u studentów z niepełnosprawnością ruchową – podsumowanie wyników badań własnych

Celem edukacji osób z niepełnosprawnością jest rozwój, który zakłada osiągnięcie równowagi pomiędzy zaspokojeniem potrzeb jednostki a wymaganiami życiowymi i kulturowymi charakterystycznymi dla środowiska społecznego (A. Brzezińska, 2004, s. 34). Edukacja wyższa rozwija potencjał osoby z niepełnosprawnością, a tym samym przyczynia się do zwiększania jej szans na pełnienie różnych ról społecznych, w tym szczególnie zawodowej i obywatelskiej. Autonomia jest z jednej strony warunkiem właściwego przebiegu edukacji osoby z niepełnosprawnością, zaś z drugiej strony jest ona celem edukacji wyższej, pozwalającym na rozwój jej indywidualności i samorealizację (M. Kupisiewicz, 2013, s. 36).

Podstawę teoretyczną do przeprowadzenia badań stanowił biopsychospołeczny model niepełnosprawności, który uwzględnia znaczenie czynników kontekstowych, w tym do zdolności radzenia sobie z niepełnosprawnością (A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wilmanowska-Pietruszyńska, 2015, s. 13). Najbardziej adekwatnym do przyjętego modelu rozumieniem autonomii jest zdolność osoby z niepełnosprawnością do decydowania o włanym życiu, nie zaś jej niezależności. Takie założenia są zbieżne z postulatami badaczy (por. M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 972; D. Podgórska-Jachnik, 2018, s. 67; P. Kubicki, 2017, s. 46; J. Kirenko, R. Wawer, 2015, s. 41), którzy wskazują na konieczność definiowania niepełnosprawności w oparciu o inne kategorie poznawcze, niż zależność, niezdolność do samodzielnej egzystencji lub opieka. Przyjęte założenia teoretyczne zostały poddane weryfikacji empirycznej w zakresie przyjętych hipotez dotyczących zależności pomiędzy postrzeganiem autonomii studentów z niepełnosprawnością a radzeniem sobie oraz jego zasobami (wewnętrznymi i zewnętrznym).

Dokonana przez studentów z niepełnosprawnością ruchową subiektywna ocena autonomii jest kompleksowa, ponieważ odnosi się zarówno do wymiarów związanych z czynnościami samoobsługowymi i poruszaniem się (autonomia pielęgnacyjna

i mobilności), z wymiarem prywatnym (autonomia w rodzinie), wymiarem społecznym (autonomia towarzysko-interpersonalna i czasu wolnego), a także zawodowym (autonomia pracy i nauki).

Natomiast analiza i dyskusja wyników badań pozwalają na przedstawienie implikacji poznawczych i praktycznych.

8.1. Postrzeganie autonomii przez badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową

Postrzeganie autonomii jest definiowane jako subiektywny wgląd w konsekwencje choroby lub niepełnosprawności osoby, która ich doświadcza. Jest to ocena własnego funkcjonowania, przeprowadzona w zakresie uczestnictwa społecznego (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971). Wymiary autonomii, w których badani mogli określić poziom własnego uczestnictwa społecznego są następujące: autonomia mobilności i pielęgnacyjna, finansowa, rodzinna, czasu wolnego, towarzysko-interpersonalna, a także ocena szans na jej osiągnięcie. Przy czym, ocena wymiaru finansowego przez studentów z niepełnosprawnością ma ograniczony zasięg w stosunku do osób pracujących zawodowo.

Badani utrzymują się głównie ze środków finansowych otrzymywanych od rodziny, świadczeń społecznych z tytułu niepełnosprawności oraz pomocy stypendialnej. Część studentów może wykonywać pracę zarobkową, ale w tym okresie życia młodzież studencka, zwłaszcza studiów dziennych nie jest jeszcze w pełni samodzielna ekonomicznie (K. Klimkowska, 2010, s. 23). Podobnie jest w wymiarze pracy zawodowej i nauki, w którym badani studenci określają swoje przewidywania dotyczące wykonywania pracy zawodowej po ukończeniu studiów. Niemniej jednak badania w zakresie tych wymiarów autonomii pokazują stan przygotowania badanych studentów do autonomicznego funkcjonowania w życiu dorosłym.

Kontekstem, który jest jednym z elementów interpretacji wyników badań własnych jest życiowa sytuacja badanych, którzy znajdują się na etapie wczesnej dorosłości. Młodzi dorośli jako grupa odznaczają się dużym potencjałem rozwojowym, witalnością, kreatywnością i otwartością poznawczą (B. Ziółkowska, 2005, s. 467). Badani pełnią również rolę społeczną studenta, która charakteryzuje się zwiększeniem samodzielności w stosunku do poprzednich etapów edukacji, a tym samym pozwala na zwiększenie odpowiedzialności za własne życie (K. Klimkowska, 2010, s. 24).

Ponadto środowisko akademickie jest miejscem zdobywania wiedzy, poszerzania zainteresowań, ale również rozwoju badanych na płaszczyźnie psychologicznej, poszerzenia aktywności społecznej i kulturalnej, co w przyszłości może przyczynić się do lepszego wypełniania ról społecznych (M. Parchomiuk, 2010, s. 15).

Okres studiów jest dla osób z niepełnosprawnością szczególnym okresem moratorium, w którym obok celów związanych ze zdobyciem wykształcenia, podejmowanie aktywności może pełnić funkcję rehabilitacyjną, szczególnie w sferze społecznego funkcjonowania (B. Szychowiak, 2006, s. 249; B. Gąciarz, 2010, s. 20; M. Racław, 2015, s. 126). Dodatkowym atutem badanych studentów jest fakt, że na początku okresu wczesnej dorosłości, niezależnie od swojego miejsca zamieszkania mogą korzystać z infrastruktury i oferty społecznej dużych ośrodków miejskich, w różnych sferach swojego funkcjonowania, od komunikacji miejskiej po różnorodne wydarzenia o charakterze społecznym i kulturalnym.

Jednak należy zauważyć, że dotychczasowe badania nad studiowaniem osób z niepełnosprawnością, w tym również z niepełnosprawnością ruchową nie koncentrowały się na autonomii. Poszczególne jej wymiary stawały się obszarem dociekań badawczych i analiz stanowiąc opis funkcjonowania akademickiego studentów z niepełnosprawnością, w tym również z niepełnosprawnością ruchową w jego różnych wymiarach (T. Cierpiałowska, 2009, s. 83; I. Cytlak, 2009, s. 149; M. Kowaluk, A. Bieganowska, 2010, s. 136; P. Rozmus, 2012, s. 72; E. Gorczycka, T. Kanasz, 2014, s. 61; M. Piega, 2014, s. 167; D. Żuchowska-Skiba, 2015, s. 68, M. Król, 2017, s. 274; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 101).

W ramach uwarunkowań rozwojowych i środowiskowych badanych, diagnoza autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą może rodzić pytanie o realne wykorzystanie przez nich szansy rozwojowej, jaką niesie ze sobą studiowanie. Badani studenci jako grupa osiągnęli bowiem najwyższe wyniki w wymiarze autonomii pielęgnacyjnej, a także autonomii mobilności, zaś najniższe w wymiarze czasu wolnego, finansowym oraz pracy zawodowej i nauki. Wyniki badań wskazują, że respondenci oceniają własną autonomię najwyżej w zakresie czynności samoobsługowych (autonomia w wymiarze pielęgnacyjnym i mobilności), które są środkiem do realizowania pozostałych wymiarów autonomii. Osoby z niepełnosprawnością mogą właśnie w tych wymiarach autonomii koncentrować najwięcej energii, ponieważ widoczna niepełnosprawność, której doświadczają przyczynia się do ich negatywnego etykietowania (por. S. E. Green, 2007, s. 338;

M. Skura, 2016, s. 79). Dodatkowo ocena może być jeszcze zakorzeniona w medycznym modelu niepełnosprawności i próbach, by osoba z niepełnosprawnością dostosowywała się do społeczeństwa jako większości (por. K. Błeszyńska, 2001, s. 107; D. Wiszejko-Wierzbicka, 2010, s. 17; Z. Gajdzica, 2013, s. 14). W zakresie autonomii mobilności studentów z niepełnosprawnością ruchową znaczna część opracowań koncentrowała się na barierach architektonicznych obniżających jakość życia i studiowania studentów z niepełnosprawnością ruchową (m. in. T. Cierpiałowska, 2009, s. 31; M. Parchomiuk, 2010, s. 17, H. Ochonczenko, 2011a, s. 62; E. Zakrzewska-Manterys, 2015, s. 27; I. Cytlak, J. Jarmużek, 2017, s. 447). Jednak studenci z niepełnosprawnością ruchową wysoko oceniają własną autonomię mobilności, w tym projekcie badawczym, podobnie studenci z Akademii Pedagogiki Specjalnej (około 70% badanych) (E. Gorczycka, T. Kanasz, 2014, s. 68).

Problem autonomii pielęgnacji nie jest poruszany w problematyce badań nad funkcjonowaniem studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim, ponieważ ta sfera funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością znajduje się poza sferą akademicką. O tej sferze funkcjonowania studentów znajduje się tylko pośrednia informacja w raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich dotyczącym dostępności edukacji akademickiej dla osób z niepełnosprawnością (RPO, 2015, s. 35). W przywołanym dokumencie znajduje się wzmianka na temat dostosowania pokoi akademickich dla studentów z niepełnosprawnością ruchową. Jednak rezultaty niniejszych badań wskazują, że studenci z niepełnosprawnością ruchową najwyżej oceniają ten wymiar własnej autonomii.

Zwiększenie uczestnictwa w zakresie autonomii mobilności jest istotne, ponieważ dostępność przestrzeni publicznej, w tym usług wyrównujących szanse osób z niepełnosprawnością wiąże się ze wzrostem autonomii w jej pozostałych wymiarach (poza pielęgacyjnym), co podkreślają również M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward (2002, s. 972); P. Kubicki (2017, s. 46), E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna (2018, s. 20), D. Podgórska-Jachnik (2018, s. 69). Przegląd badań z zakresu transportu młodzieży z niepełnosprawnością fizyczną w latach 1990-2015 wskazuje, że ma on pozytywny wpływ na następujące wymiary życia osoby z niepełnosprawnością: jakość życia, niezależność, a także zatrudnienie (S. Lindsay, 2017, s. 63). Dlatego uczelnie podejmują działania, których celem jest znoszenie barier architektonicznych i trudności związanych z dotarciem na zajęcia (m.in. J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 142).

Jednak wyższa ocena autonomii mobilności nie znajduje odzwierciedlenia w ocenie wymiarów autonomii związanych ze społecznym uczestnictwem badanych.

W okresie studiowania to właśnie wymiary autonomii związane ze społecznym uczestnictwem odznaczają się wysokim potencjałem możliwości rozwoju dla studentów z niepełnosprawnością (por. K. Klimkowska, 2010, s. 23; M. Parchomiuk, 2010, s. 15; E. Bochno, 2013, s. 228; E. Gorczycka, T. Kanasz, 2014, s. 8). Dlatego tak ważne jest pytanie o możliwe przyczyny obniżenia oceny autonomii w wymiarach, których szczególny rozwój wiąże się z uzasadnieniem okresu moratoryjnego badanych studentów. Czynniki, które mogą sprzyjać obniżeniu oceny badanych w wymiarach związanych z uczestnictwem społecznym są następujące:

1. studenci z niepełnosprawnością ruchową przechodzący ze szkoły średniej na uczelnie wyższą mają trudniejsze zadanie w zakresie adaptacji do nowego środowiska edukacyjnego, w stosunku do studentów pełnosprawnych. Ta grupa studentów stoi przed zadaniem proszenia o właściwe warunki zakwaterowania, a także w większym zakresie musi wykazać się samodzielnością w obszarze czynności samoobsługowych, w stosunku do wcześniejszych etapów edukacji. Jeśli student z niepełnosprawnością nie posiada umiejętności przedstawiania własnych potrzeb jego adaptacja do środowiska akademickiego może być utrudniona (m.in. I. Chrzanowska, 2013, s. 78; N. R. Burwell, R. D. Wessel, T. Mulvihill 2015, s. 302; S. M. Smedema i in, 2015, s. 342);
2. dokonywanie przez badanych odniesień do pełnosprawnych rówieśników funkcjonujących bez ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia i sprawności, a tym samym będących w stanie podejmować się większej liczby różnego rodzaju aktywności. Porównania społeczne studentów z niepełnosprawnością do studentów pełnosprawnych mogą pełnić funkcję samopoznania redukującego niepewność, jak również funkcję przystosowawczą, sprzyjając planowaniu aktywności adekwatnych do swoich możliwości (m. in. B. Szczupał, 2009, s. 323; B. Wojciszke, D. Doliński, 2010, s. 328; W. Cunnah, 2015, s. 223; M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 38);
3. bariery w środowisku akademickim, które pomimo niesienia ze sobą tak wielu możliwości rozwojowych nie jest w pełni dostępne dla studentów z niepełnosprawnością, dlatego mają oni ograniczony dostęp do jego zasobów. Z powodu barier badani wkładają większy wysiłek w wykonanie najprostszych czynności związanych z procesem studiowania np.: dotarciem na zajęcia

(m. in. T. Cierpiałowska, 2009, s. 33, M. Parchomiuk, 2010, s. 16; B. Tylewska-Nowak, R. Durda, 2013, s. 204; J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 118);

4. zjawisko prekarności, które oznacza brak możliwości zbudowania trwałej tożsamości opartej na pracy. Wynika ono z dużej liczby absolwentów różnych poziomów kształcenia, bez przygotowania do praktyki zawodowej, zgodnej z oczekiwaniami rynku pracy i pracodawców. Wykształcenie staje się „dobrem rekreacyjnym", które stanowi podstawę dobrostanu w ograniczonym wymiarze ambicjonalnym i personalnym, zaś nie ma ono potencjału emancypacyjnego (E. Sarzyńska, 2010, s. 202; B. Szczupał, 2009, s. 339; E. Giermanowska, M. Racław, 2015, s. 174; W. Jakubaszek, 2016, s. 130).

5. uwarunkowania wewnętrzne studentów, a także wcześniejsze doświadczenia życiowe, które nie pozwalają im w pełni wykorzystać możliwości, jakie niesie ze sobą uczestnictwo w społeczności akademickiej. Rozwój osób z niepełnosprawnością jest bowiem zdeterminowany wieloma przyczynami, pomiędzy którymi mogą zachodzić różne interakcje (G. Bręczewski, 2006, s. 71; T. Cierpiałowska, 2009, s. 34; H. Ochonczenko, 2011a, s. 62).

Uzyskana w prezentowanym projekcie badawczym niska ocena wymiaru autonomii towarzysko-interpersonalnej badanych jest zbieżna z ustaleniami innych badaczy (m.in. W. Cunnah, 2015, s. 223). Badania przeprowadzone wśród studentów z niepełnosprawnością ruchową wskazują, że większość studentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności nie pozostaje w relacji intymnej, a także posiada bardzo wąski krąg przyjaciół, podobnie jak studenci z niepełnosprawnością wzroku i słuchu (M. Piega, 2014, s. 181; K. M. Król, 2017, s. 276). Badania wykazały, że wraz ze wzrostem stopnia niepełnosprawności studentów nasilało się poczucie osamotnienia (T. Cierpiałowska, M. Trojańska, 2007, s. 355).

Uzyskane wyniki badań własnych, dotyczące postrzegania autonomii przez studentów z niepełnosprawnością ruchową, pozwalają na określenie czynników, które sprzyjają lub ograniczają jej ocenę. Badani z niepełnosprawnością nabytą istotnie wyżej oceniają własną autonomię w wymiarze rodzinnym i towarzysko-interpersonalnym, w stosunku do osób z niepełnosprawnością wrodzoną. Podobną prawidłowość w zakresie różnic pomiędzy badanymi z niepełnosprawnością ruchową, wrodzoną i nabytą uchwycił W. Janocha (2008, s. 205). Otóż osoby z niepełnosprawnością nabytą częściej niż osoby z niepełnosprawnością wrodzoną spędzały wolny czas w gronie rodzinnym, a także deklarowały posiadanie w swoim otoczeniu osób, które lubią.

Uzyskane rezultaty mogą wskazywać, że badani studenci dobrze funkcjonują w sieciach społecznych, których są uczestnikami. Dodatkowo badani studenci z niepełnosprawnością nabytą, którzy w późniejszym wieku nabyli niepełnosprawność wyżej oceniali wymiar autonomii towarzysko-interpersonalnej, w stosunku do badanych, którzy niepełnosprawność nabyli we wczesnych latach swojego życia. W konsekwencji badani, którzy dłużej tworzyli relacje społeczne, jako osoby pełnosprawne mogli zbudować sieci społeczne nieograniczone stanem swojego zdrowia i sprawności (por. S. Kowalik, 2007, s. 52).

Autonomia rodzinna została oceniona przez badanych na poziomie średnim. W badaniach przeprowadzonzch na Akademii Pedagogiki Specjalnej wskazano, że w opinii studentów niepełnosprawność nie wypływa na ich relacje z rodzicami, a także na inne sfery życia rodzinnego (powyżej 70% badanych) (E. Gorczycka, T. Kanasz, 2014, s. 76). Na pozytywne znaczenie rodziny w procesie studiowania wskazują badania jakościowe, w których osoby z niepełnosprawnością eksponowały rolę rodziny w podjęciu decyzji o studiowaniu (U. Bartnikowska, A. Żyta, 2007, s. 68).

Natomiast badani z niepełnosprawnością wrodzoną mogą niżej oceniać autonomię rodzinną, ponieważ w ich postrzeganiu autonomii może zaznaczyć się wpływ niepełnosprawności na rodzinę, w której dorastali jako dzieci z niepełnosprawnością. Jednym z warunków zdrowego funkcjonowania rodziny jest zachowanie autonomii psychicznej przez jej członków (H. Liberska, 2011, s. 50), a w sytuacji niepełnosprawności dziecka zachowanie takiej autonomii może być zdeterminowane potrzebą wkładania większego wysiłku w jego wychowanie (S. Cudak, 2007, s. 30), a także pojawiających się zaburzeń w funkcjonowaniu rodziny i jej najbliższego otoczenia (A. Brzezińska, 2007, s. 16; A. Ozga, 2017, s. 187). Tym samym dzieci z niepełnosprawnością wrodzoną, a następnie młodzi dorośli są bardziej narażeni na ograniczenie ich autonomii w życiu rodzinnym (B. Arusztowicz, W. Bąkowski, 2001, s. 104).

Jednak zarówno badani z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, wyżej oceniają ten wymiar autonomii, gdy są młodsi. Młodsi studenci, którzy dopiero rozpoczęli studia mogą pozytywniej oceniać sytuację własnej rodziny, ponieważ są w okresie zmiany życiowej związanej z rozpoczęciem nauki na poziomie wyższym. Natomiast starsi studenci z niepełnosprawnością stojący u progu zakończenia okresu moratorium mogą odczuwać na sobie presję wynikającą z zegara społecznego, którą przeżywają jako naciski społeczne związane z oczekiwaniem założenia rodziny

i prowadzenia gospodarstwa domowego (A. Brzezińska, 2004, s. 226, K. Klimkowska, 2010, s. 52; K. Skalska, 2015a, s. 136).

Badani studenci z niepełnosprawnością ruchową (wrodzoną i nabytą) nisko ocenili własną autonomię finansową. W badaniach przeprowadzonych na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu żaden student z niepełnosprawnością nie ocenił własnej sytuacji materialnej jako bardzo dobrej przed rozpoczęciem studiów. Jednak studenci podkreślali poprawę własnej sytuacji po rozpoczęciu nauki na studiach wyższych, ze względu na otrzymywaną pomoc stypendialną. Z kolei ci sami badani zaznaczają, że nie mogą w pełni realizować swoich aspiracji samokształceniowych z powodów finansowych (I. Cytlak, 2009, s. 154). Ograniczenia finansowe w zakresie uczestnictwa w działalności kulturalnej eksponują również badania T. Cierpiałowskiej (2006, s. 174). Według nich największą przeszkodą w korzystaniu z dóbr kultury przez studentów z niepełnosprawnością ruchową były ograniczenia finansowe.

W wymiarze autonomii towarzysko-interpersonalnej niższe wyniki badanych z niepełnosprawnością wrodzoną w stosunku do badanych z niepełnosprawnością nabytą wskazują, że studenci pomimo szerokiego spektrum działań o charakterze integracyjnym i włączającym prowadzonych w szkołach (Z. Gajdzica, 2011, s. 9), mogli doświadczyć braku akceptacji ze strony rówieśników, a także dystansu i nietolerancji, co w konsekwencji mogło przyczynić się do poczucia odizolowania od grupy rówieśniczej, również w trakcie studiów (K. Smoczyńska, 2007, s. 31; E. M. Minczakiewicz, 2012, s. 282; A. Kruszewska, 2013, s. 76). Studenci z niepełnosprawnością wrodzoną będący na ostatnim etapie edukacji, mogą wykorzystać ten czas na kontakty rówieśnicze, oraz dysponując większą ilością czasu wolnego, mają możliwość przeznaczenia go na poszukiwanie swojego miejsca w życiu społecznym. Nie wykorzystanie tej szansy rozwojowej rzutuje na dalsze etapy życia poprzez trudności z realizacją zadania rozwojowego okresu wczesnej dorosłości, jakim jest znalezienie pokrewnej grupy społecznej (por. B. Harwas-Napierała, 2012, s. 57, T. Masłyk, 2019, s. 255).

W zakresie czasu wolnego uczestnicy niniejszego projektu badawczego nisko ocenili ten wymiar autonomii. W zakresie tego wymiaru autonomii nie ma wielu badań na gruncie polskim, ponieważ nie jest on bezpośrednio związny ze sferą dydaktyczną. Z badań przeprowadzonych na Akademii Górniczo-Hutniczej wynika, że studenci w ciągu roku akademickiego znaczną część swojego czasu poświęcają na naukę, a tym

samym w ciągu tygodnia nie mają możliwości podejmowania aktywności o charakterze rekreacyjnym (P. Rozmus, 2012, s. 73).

Jednak z badań J. Sztobryn-Giercuszkiewicz (2018, s. 122) wynika, że ponad połowa badanych studetów (ok. 60 %) z uczelni publicznych uczestniczy w życiu towarzyskim, zaś z niepublicznych ok. 43 %. Stopień niepełnosprawności nie determinuje ich wyborów dokonywanych w ramach czasu wolnego, a wymieniane przez nich powody ograniczenia tego rodzaju aktywności są następujące: posiadanie własnej rodziny, przeszkody natury psychologicznej oraz większa dojrzałość w stosunku do rówieśników, uwarunkowana doświadczeniem choroby i niepełnosprawności.

Autonomia w wymiarze pracy zawodowej i nauki została przez badanych oceniona niżej w stosunku do wymiarów pielęgnacji własnej i mobilności. Postrzeganie tego wymiaru autonomii przez studentów jest zbieżne z oceną E. Sarzyńskiej (2010, s. 202), a także E. Giermanowskiej (2015, s. 90), które podkreślają, że sytuacja młodych osób z niepełnsoprawnością na rynku pracy jest gorsza w stosunku do ich pełnosprawnych równieśników. Badania jakościowe nad absolwentami z niepełnosprawnością wskazują na trudności związane ze zdobyciem pierwszej pracy, a szczególnie pracy odpowiadającej ich oczekiwaniom (E. Giermanowska, 2015, s. 92, por. M. Ostrowska, A. Michcik, 2016, s. 22). Jednak należy podkreślić, że wykształcenie wyższe zwiększa szanse na zatrudnienie osoby z niepełnosprawnością (B. Jachimczak, B. Olszewska, D. Podgórska-Jachnik, 2011, s. 24; Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, 2018, s. 12; P. Kubicki, 2019, s. 33), w stosunku do osób o niżym poziomie wykształcenia. Badania przeprowadzone wśród studentów z niepełnosprawnością ruchową na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu wykazały, że część studentów z niepełnosprawnością pracowała już na studiach (I. Cytlak, 2009, s. 190).

Ostatni wymiar autonomii w postaci oceny szans na jej osiągniecie został dosyć nisko oceniony przez studentów zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą. Ocena ta jest w dużym stopniu zbieżna z doniesieniami z innych badań. Badania przeprowadzone przez T. Cierpiałowską (2011, s. 267) wykazały, że zdecydowana większość studentów z niepełnosprawnością (75,32%) (spośród 154 studentów z niepełnosprawnością) chce podjąć pracę zgodną ze swoim wykształceniem. Jednak w zakresie realizacji aspiracji zawodowych doszło do polaryzacji badanych – 59 % badanych badanych uważało, że nie jest w stanie

spełnić własnych oczekiwań zawodowych. Z kolei w badaniach przeprowadzonych wśród studentów Akademii Pedagogiki Specjalnej, respondenci mieli niskie poczucie przygotowania do prowadzenia samodzielnego życia. Tylko 33% badanych studentów oceniło, że posiada wysoki poziom przygotowania do samodzielnego życia, a 43% stwierdziło, że posiada takie przygotowanie na poziomie przeciętnym (E. Gorczycka, T. Kanasz, 2014, s. 79). Podobne wnioski wynikają z badań E. M. Minczakiewicz (2012, s. 283), która podkreśla, że studenci z niepełnosprawnością nie posiadają klarownej wizji własnej przyszłości.

Zmienną, która wiąże się z oceną autonomii przez badanych jest stopień niepełnosprawności. Warto zauważyć, że stopień niepełnosprawności badanych studentów powoduje konsekwencje społeczne w postaci ochrony prawnej, a także określonych ulg, uprawnień oraz świadczeń finansowych. Prawna definicja osoby z niepełnosprawnością, na podstawie której badani otrzymali orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wskazuje na trudności w wypełnieniu ról społecznych, a szczególnie pracy zawodowej (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych) lub o okresowym utrudnieniu, ograniczeniu lub uniemożliwieniu samodzielnej egzystencji (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej). Badani, którzy posiadali niższy stopień niepełnosprawności zarówno ci z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, wyżej oceniali własną autonomię w następujących wymiarach: mobilności, rodzinnym, towarzysko-interpersonalnym. Dodatkowo odnotowano u badanych z niepełnosprawnością nabytą również wyższe oceny w wymiarze pracy zawodowej i nauki. W zakresie tej zależności u badanych można dostrzec pewną prawidłowość, że ich poziom oceny autonomii odpowiada orzeczonemu stopniowi niepełnosprawności. Ocena odnosi się do wymiarów autonomii związanych ze społecznym uczestnictwem badanych.

Rezultaty badań nie są zbieżne z badaniami przeprowadzonymi przez K. A. Shogren, L. A. Shaw i T. D. Little (2016, s. 58), w których osoby z wyższym stopniem niepełnosprawności uzyskały wyższe wyniki w zakresie niezależności finansowej, zatrudnienia, dobrostanu i warunków mieszkaniowych, w stosunku do osób o niższym stopniu niepełnosprawności. Jednak ta grupa badanych zgłaszała większe zapotrzebowanie na usługi, które pomogłyby im w zaspokojeniu potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Podobnie J. Sztobryn-Giercuszkiewicz (2018, s. 164) podkreśla, że w zakresie funkcjonowania akademickiego studentów z niepełnosprawnością najważniejszą zmienną różnicującą badaną populację nie był stopień i rodzaj

niepełnosprawności, a właśnie deklaracja przez studenta „specjalnych potrzeb edukacyjnych", czyli konieczność korzystania ze wsparcia proponowanego na uczelni.

Nie jest to przedmiotem niniejszego projektu badawczego, ale na podstawie uzyskanych wyników badań powstaje pytanie, na ile badani identyfikują się z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, a także jak diagnoza postawiona przez specjalistów, a także związane z tym dostępne formy pomocy wpływają na obraz siebie i postrzeganie własnej sytuacji życiowej w kontekście posiadanej niepełnosprawności.

Kolejną analizowaną zmienną jest sposób poruszania się badanych. Należy podkreślić, że w grupie badanych były zarówno osoby przemieszające się samodzielnie i swobodnie, ale również studenci korzystający ze sprzętu rehabilitacyjnego - kul, wózkach inwalidzkich, oraz pomocy innych osób. Badani, którzy nie poruszają się samodzielnie narażeni są często na różnego rodzaju bariery architektoniczne, które utrudniają im dostęp, zarówno do miejsc użyteczności publicznej, jak i przestrzeni związanej z życiem prywatnym. Badani z niepełnosprawnością wrodzoną, niezależnie od sposobu poruszania się mają zbliżone do siebie wyniki w zakresie postrzegania autonomii w jej różnych wymiarach. W tej grupie badanych studenci poruszający się na wózkach niżej oceniają swoją autonomię w stosunku do pozostałych badanych z niepełnosprawnością wrodzoną w zakresie autonomii mobilności, a także pracy zawodowej i nauki. Podobne wnioski z badań przedstawia W. Janocha (2008, s. 175), podając, że osoby poruszające się na wózku inwalidzkim narażone są na większą marginalizację i wykluczenie społeczne z powodu barier architektonicznych. Prawdopodobnie badani poruszający się na wózkach inwalidzkich w ocenie autonomii mobilności mają świadomość barier transportowych, architektonicznych, które utrudniają im swobodne dotarcie do ważnych dla nich miejsc, jak również konieczności dostosowania miejsca pracy i przełamania obaw u pracodawcy przed zatrudnieniem osoby z niepełnosprawnością. Świadomość tych ograniczeń i trudności może realnie obniżać ocenę tych wymiarów autonomii (por. B. Szczupał, 2009, s. 316; K. Kokot, 2010b, s. 39; E. Niedzielski, 2014, s. 164; M. Struck-Peregończyk, 2017, s. 102).

Natomiast badani z niepełnosprawnością wrodzoną poruszający się przy pomocy innych, najniżej oceniają swoją autonomię w wymiarze pielęgnacyjnym, finansowym i czasu wolnego. Z przeprowadzonych badań wynika, że ta grupa badanych w większym stopniu jest zależna od innych - rodziców, asystentów, rodzeństwa. Istnieje prawdopodobieństwo, że ze względu na swoją niepełnosprawność, a tym samym zwiększoną zależność są oni zdecydowanie bardziej narażeni na negocjowanie

wyborów z osobami ze swojego otoczenia, a wtedy ich autonomia w tych obszarach jest ograniczona. Zbliżone wyniki badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, niezależnie od sposobu poruszania się, mogą wskazywać na ich przystosowanie do funkcjonowania w sytuacji niepełnosprawności, a także na efekty procesu rehabilitacji (G. Bręczewski, 2018, s. 26; S. Kowalik, 2018, s. 136).

Wśród badanych z niepełnosprawnością nabytą występują większe zróżnicowania oceny własnej autonomii w zależności od sposobu poruszania się badanych. Najniżej własną autonomię w tej grupie oceniają badani poruszający się za pomocą wózka inwalidzkiego. Do wymiarów autonomii, które zostały przez nich nisko ocenione należą: mobilność, rodzinny, towarzysko-interpersonalny, pracy zawodowej i nauki. Nabycie przez osobę niepełnosprawności wiąże się z ograniczeniem, które w literaturze przedmiotu nazywane jest „strefą utraconego rozwoju", co oznacza, że dotychczasowe zasoby, które miały służyć rozwojowi zostaną przeznaczone na radzenie sobie z sytuacją niepełnosprawności w różnych sferach życia (S. Kowalik, 2007, s. 52). Osoby z niepełnosprawnością na wózku w wyniku utraty sprawności stają przed koniecznością wypracowania form zachowania, które pozwolą im sprostać nowym wymaganiom ich sytuacji życiowej (por. H. Ochonczenko, 2011a, s. 63; I. Apanowicz, 2015, s. 28; S. Kowalik, 2018, s. 308).

W grupie badanych z niepełnosprawnością nabytą najwyżej własną autonomię ocenili badani poruszający się za pomocą kul inwalidzkich. Uzyskane rezultaty badań wskazują, że ocena autonomii w tej grupie badanych jest wyższa od badanych z niepełnosprawnością nabytą, którzy poruszają się samodzielnie. Jednak badani poruszający się samodzielnie są grupą bardziej jednorodnie oceniającą własną autonomię, w stosunku do badanych poruszających się za pomocą kul. Badani z niepełnosprawnością nabytą, którzy poruszają się samodzielnie, albo za pomocą kul, doświadczyli zmiany życiowej w postaci pogorszenia stanu zdrowia i sprawności. Studenci poruszający się o kulach, pomimo możliwego obniżenia jakości życia, zachowali dotychczasowy sposób poruszania się, a tym samym ich dostosowanie do nowej sytuacji może przebiegać podobnie do osób z niepełnosprawnością nabytą, które poruszają się samodzielnie (K. Śniegowski, M. Nowak, P. Cieśla 2015, s. 63).

Zmienną demograficzną wiążącą się z oceną autonomii przez badanych, zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, jest miejsce zamieszkania. Badani studenci (szczególnie z niepełnosprawnością wrodzoną) niżej oceniają autonomię w wymiarach finansowym oraz pracy zawodowej i nauki, gdy zamieszkują

tereny wiejskie, w stosunku do badanych mieszkających w miastach. Taka ocena autonomii może wiązać się z przewidywaną trudnością w znalezieniu po studiach pracy w okolicach domu rodzinnego przez studentów z niepełnosprawnością zamieszukujących tereny wiejskie. Rozpoczęcie samodzielnego funkcjonowania po studiach dla osób zamieszkujących tereny wiejskie może również wymagać większego nakładu zasobów (szczególnie materialnych), w stosunku do studentów pochodzących z miast. Ponadto ukończenie studiów wyższych implikuje możliwość wykonywania pracy na stanowiskach, które wymagają dostępu do większej i bardziej zróżnicowanej oferty miejsc pracy. Natomiast przyczyną niższej oceny autonomii finansowej przez badanych z niepełnosprawnością zamieszkujących tereny wiejskie jest trudniejszy dostęp do rynku pracy, co przekłada się na niższy standard życia mieszkańców wsi (por. N. Marciniak-Madejska, 2014, s. 54).

Badani funkcjonują w roli studentów, dlatego tak istotne jest poznanie czynników, które mogą sprzyjać kształtowaniu ich autonomii w środowisku akademickim. Czynnikiem, który sprzyjał wyższej ocenie autonomii badanych zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą jest samodzielność w procesie studiowania. Wiązała się ona nie tylko z lepszą oceną własnej autonomii w aspekcie autonomii mobilności badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, co może oznaczać, że środowisko akademickie jest dostępne, ale również zgodne z rozwijanym na studiach obszarem autonomii, jakim jest obszar pracy zawodowej i nauki. Większa samodzielność na studiach sprzyja wyższej ocenie autonomii rodzinnej, co może wskazywać na rolę środowiska akademickiego w zakresie rozwoju kompetencji psychologicznych i emocjonalnych studentów z niepełnosprawnością (M. Parchomiuk, 2010, s. 15).

Ponadto u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną większa samodzielność na studiach wiązała się również z wyższą oceną autonomii pielęgnacji i czasu wolnego, zaś u badanych z niepełnosprawnością nabytą z wyższą oceną autonomii w wymiarze towarzysko-interpersonalnym. Uzyskane wyniki badań w zakresie samodzielności studentów wskazują na znaczenie środowiska akademickiego w kształtowaniu postrzegania siebie jako jednostek autonomicznych w różnych obszarach życia społecznego. Wyniki badań są zbieżne z badaniami studentów z niepełnosprawnością na Akademii Pedagogiki Specjalnej (38% badanych), którzy wskazali, że w czasie studiów nauczyli się zaradności życiowej, samodzielności, pewności siebie, odpowiedzialności życiowej, organizacji czasu (E. Gorczycka, T. Kanasz, 2014, s. 82).

Kolejnymi zmiennymi, które wiążą się z oceną autonomii badanych z niepełnosprawnością ruchową są rok studiów i satysfakcja ze studiów. U studentów z niepełnosprawnością wrodzoną wyższa ocena autonomii w zakresie pracy zawodowej i nauki wiąże się z satysfakcją ze studiów. Oznacza to, że dla tej grupy studentów istotne są wartości związane z samorozwojem, a także realizacją toku studiów związanego z własnymi zainteresowaniami i oczekiwaniami. Wyniki tych badań są zbieżne z badaniami prowadzonymi wśród młodzieży z niepełnosprawnością ruchową w zakresie preferowanych przez nią wartości. W badaniach S. Kowalika (1996, s. 77) młodzież z niepełnosprawnością ruchową koncentrowała się na działalności artystycznej i prospołecznej. Podobnie w badaniach przeprowadzonych przez K. Bidzińskiego (2005, s. 258) młodzież również wybierała takie wartości jak poszerzanie wiedzy, poczucie niezależności i znalezienie szczęścia w życiu. W badaniach P. Majewicza (2011, s. 68) doświadczenie pozytywnych emocji badanej młodzieży z niepełnosprawnością somatyczną wiązało się z przeżywaniem poczucia wdzięczności. Przedstawiony krótki przegląd badań wskazuje na większe ukierunkowanie młodzieży z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową na życiową orientację „być" i zmniejszenie orientacji „mieć" (por. M. Rorat, 2006, s. 98; B. Szczupał, 2009, s. 427).

Natomiast dla grupy studentów z niepełnosprawnością nabytą postrzeganie własnej autonomii wiąże się ze zmienną, jaką jest rok studiów, czyli długością okresu czasu przebywania w środowisku akademickim. Interpretując ten wynik możemy założyć, że dla grupy studentów z niepełnosprawnością nabytą studia spełniają funkcję rehabilitacyjną, pozwalając na nabywanie większej autonomii, szczególnie w wymiarach związanych ze społecznym uczestnictwem (towarzysko-interpersonalnym oraz pracy zawodowej i nauki) (S. Kowalik, 2018, s. 134).

Uzyskane rezultaty badań w zakresie zależności zmiennych związanych ze studiowaniem badanych, zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą a ich oceną autonomii wskazują na pozytywną rolę studiowania w rozwoju osób z niepełnosprawnością ruchową, na co zwracają uwagę badacze T. Cierpiałowska (2009, s. 27), B. Olszewska (2009, s. 43), B. Szczupał (2012, s. 117), W. Dykcik (2013, s. 26).

Rezultaty badań nie wykazały zróżnicowania płciowego w zakresie oceny własnej autonomii. Interpretując te wyniki można założyć, że badani studenci znajdując się w okresie moratorium nie podejmowali obowiązków, które mogłyby ograniczać ich

autonomię, ze względu na role społeczne wynikające z płci. Studentki z niepełnosprawnością ruchową nie podejmowały jeszcze roli matki, która powoduje odroczenie obowiązków zawodowych, co w konsekwencji może przyczyniać się do obniżenia oceny autonomii w wymiarze pracy zawodowej i nauki. Można również dodać, że środowisko akademickie na etapie kształcenia pozwala studentom i studentkom z niepełnosprawnością w równym stopniu rozwijać się w różnych obszarach społecznego funkcjonowania (por. A. Nowak, 2012, s. 192; E. Ciaputa i in., 2014, s. 203).

8.2. Zasoby radzenia sobie badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową

Studenci z niepełnosprawnością ruchową, podobnie jak studenci pełnosprawni stają przed koniecznością sprostania licznym wymaganiom stawianym przez środowisko akademickie, dotyczącym różnych sfer funkcjonowania. Wymagania te, oprócz tych, które są związane ze sferą akademicką, dotyczą również samodzielnego dbania o własne potrzeby, zarówno w kontekście żywienia, odpoczynku, jak i budowania relacji interpersonalnych. Dodatkowo studenci z niepełnosprawnością narażeni są na bariery w środowisku akademickim, które wymagają od nich poniesienia dodatkowego wysiłku (S. M. Smedema i in., 2015, s. 342). Sukces akademicki studentów z niepełnosprawnością zależy również od zdolności radzenia sobie, która przejawia się w umiejętności sprostania wymaganiom edukacji wyższej, jak również kształtuje proces przystosowania do warunków studiowania i wyższą jakość życia (T. Cierpiałowska, 2009, s. 64; M. Parchomiuk, 2010, s. 22, P. Wolski, 2010, s. 234; S. Byra, M. Parchomiuk, 2010, s. 60; S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 2)

Przeprowadzone badania wskazują, że zarówno studenci z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, preferują stosowanie w sytuacjach trudnych konstruktywnych strategii radzenia sobie: np. aktywnego radzenia sobie, planowania, akceptacji i pozytywnego przewartościowania. Wymienione strategie pomagają badanym w efektywniejszym wykorzystaniu szans rozwoju, jakie niesie ze sobą edukacja na poziomie wyższym. W tym sensie stosowane strategie radzenia sobie stają się proaktywnym radzeniem sobie, ponieważ pozwalają one studentom z niepełnosprawnością gromadzić zasoby, które ułatwią im realizację przyszłych wyzwań (I. Heszen, 2015, s. 82).

Część badanych studentów stosuje strategie w postaci zajmowania się czymś innym i obwiniania siebie, które nie przyczyniają się do rozwiązania sytuacji problemowej, ale mogą wiązać się z obniżeniem jakości życia. Stosowanie nieadekwatnych strategii radzenia sobie wskazuje na zbyt niski poziom zasobów radzenia sobie w badanej grupie studentów, szczególnie w zakresie zasobu jakim jest samoakceptacja badanych. R. F. Baumeister i współpracownicy (2003, za: M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 34) dowodzą, że zbyt niska samoocena badanych może w sytuacjach stresogennych lub niepowodzenia narażać ich na wyższe koszty emocjonalne (w stosunku do osób z wysoką samooceną) związane z doświadczeniem nieprzyjemnych bodźców, jak również przyczyniać się do nieadekwatnych reakcji na stres. Odnotowano, że studenci najrzadziej korzystają ze strategii w postaci zaprzestania działań. Interpretując ten rezultat badań można przyjąć, że badani kończąc z powodzeniem kolejne etapy edukacji rozwinęli strategie radzenia sobie, które pomagają im w wyborze sposobu zaradczego, adekwatnego do rodzaju problemu, dynamiki wydarzeń, kontekstu społecznego, ale również indywidualnych dyspozycji (J. Czapiński, 1992, s. 169).

Rezultaty badań są zbieżne z doniesieniami innych badaczy (S. Byra, M. Parchomiuk, 2005, s. 71; 2007, s. 11), w których badane studentki z niepełnosprawnością w sytuacjach stresujących stosowały na pierwszym miejscu zadaniowy styl radzenia sobie, który jest zbliżony w zakresie podejmowanych aktywności do strategii aktywnego radzenia sobie (por. I. Heszen, 2015, s. 72). W przytoczonych badaniach uchwycono również dosyć silną tendencję do stosowania stylu unikowego, który przynosi podobne efekty w obszarze realizacji wymagań akademickich jak strategia zajmowania się czymś innym i obwiniania siebie, które uczestnicy niniejszego projektu badawczego najmniej preferują. Nowsze wyniki badań dotyczące strategii radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością ruchową wykazały, że badani stosowali w największym zakresie strategie skoncentrowane na rozwiązaniu problemu, zaś w najmniejszym zaprzeczania (S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 4).

Do indywidualnych dyspozycji radzenia sobie człowieka można zaliczyć również zasoby radzenia sobie, które wspierają rozwój jednostki, a także wzmacniają jej dobrostan (E. Trzebińska, 2008, s. 128). Pierwszym diagnozowanym zasobem badanych była samoocena, w której respondenci zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, osiągnęli wyniki na poziomie niskim i przeciętnym w wymiarze samoakceptacji. Zgodnie z teorią M. R. Leary'ego i współpracowników (1995, s. 528)

samoocena może stanowić odzwierciedlenie informacji zwrotnych oceniających, co oznacza jej działanie jako socjometru, który wykrywa możliwe szkodliwe zmiany w statusie włączenia społecznego, a tym samym zachęca do zachowania, które utrzymuje powiązania z innymi ludźmi. Dlatego samoocena może stanowić dla podmiotu źródło informacji o poziomie akceptacji przez grupę. Badani ze względu na swoją niepełnosprawność narażeni są nie tylko na konfrontację ze stereotypami społecznymi na temat niepełnosprawności (J. Kirenko, M. Korczyński, 2008, s. 34; S. Kowalik, 2018, s. 308), ale również na marginalizację, która może wynikać z różnego rodzaju barier (M. Kupisiewicz, 2013, s. 179). W zakresie poczucia kompetencji, które jest drugim wymiarem samooceny, badani zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, odznaczają się poziomem przeciętnym i wysokim. W tym wymiarze samooceny postrzegają oni siebie jako osoby zdolne, efektywne, mające poczucie sprawstwa i kontroli (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 68). Do wyższych wyników tego wymiaru samooceny w stosunku do wymiaru samoakceptacji może przyczyniać się studiowanie, wiążące się z poczuciem, że badani są jednostkami twórczymi, które w przyszłości osiągną status absolwenta, potwierdzony dyplomem stan wysokich kompetencji społecznych i życiowych (por. H. Ochonczenko, 2008, s. 297; W. Zuziak, 2015, s. 63, J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 136). W ogólnym wymiarze samooceny badani otrzymali wyniki na poziomie niskim i przeciętnym, co może wiązać się z niekorzystnym funkcjonowaniem emocjonalnym, szczególnie w okresie sesji egzaminacyjnej. Badani z niższą samooceną mogą doświadczać nie tylko silniejszego lęku przedegzaminacyjnego (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 142), ale również mniejszej motywacji do podejmowania działań zakończonych sukcesem. Niższa samoocena jest powiązana z niewielką motywacją do wysiłku w celu osiągniecia sukcesu (M. Łaguna, K. Lachowicz-Tabaczek, I. Dzwonkowska 2007, s. 166). Z niską samooceną wiążą się także efekty społeczne, w których obraz siebie wpływa na charakter relacji z otoczeniem – mogą one przyjąć charakter obronny lub konstruktywny (M. Bełza, 2017, s. 74).

Doniesienia z badań w zakresie samooceny studentów z niepełnosprawnością wskazują na niski poziom samooceny (S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018, s. 2), przeciętny poziom samoakceptacji (S. Byra, M. Parchomiuk, 2007, s. 13), jak również na wyższy poziom tego zasobu u studentów z niepełnosprawnością ruchową, w stosunku do studentów pełnosprawnych (T. Cierpiałowska, 2009, s. 138). Jednocześnie badania przeprowadzone przez P. Majewicza (2012, s. 239) wskazują na wyższy poziom tego

zasobu u młodych osób z niepełnosprawnością ruchową. Wyniki niniejszego projektu badawczego nie są więc zbieżne z doniesieniami badaczy, co może wynikać z różnic w zastosowanych narzędziach badawczych. Wymiar, który okazał się szczególnie nisko oceniony przez badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową odnosił się do komponentu samooceny, jakim jest samoakceptacja.

Kolejnym analizowanym zasobem radzenia sobie jest poczucie własnej skuteczności badanych, które jest konstruktem zbliżonym do poczucia kompetencji wchodzącego w skład samooceny (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 142). Twierdzenie to znalazło odzwierciedlenie w wynikach badań, ponieważ podobnie jak w zakresie poczucia kompetencji badani, zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, osiągnęli poziom przeciętny i wysoki poczucia własnej skuteczności. Wyniki są zbieżne z rezultatami otrzymanymi przez H. Ochonczenko (2008, s. 295; 2010, s. 230, 2011b, s. 185) oraz S. Byrę i A. Żytę (2017, s. 731). Można przyjąć, iż badani studenci rozwinęli przeciętne i wysokie poczucie własnej skuteczności, w wyniku doświadczeń, które wiązały się z osiągnięciem zakładanych celów, pomimo napotykanych przeszkód (H. Ochonczenko, 2008, s. 297). Zatem oznacza to, że studenci z niepełnosprawnością ruchową konfrontując się z różnego rodzaju barierami w funkcjonowaniu społecznym rozwinęli wytrwałość i konsekwencję w realizacji własnych zamierzeń. Zasób ten pomaga regulować procesy poznawcze i emocjonalne, które wiążą się z wyższą zaradnością oraz elastycznością w radzeniu sobie z wyzwaniami środowiska akademickiego (A. Carr, 2009, s. 235).

Kolejnym diagnozowanym zasobem radzenia sobie jest nadzieja podstawowa, której poziom w obu grupach badanych kształtował się na poziomie przeciętnym. Nadzieja podstawowa składa się z przekonań jednostki, że świat jest sensowny i uporządkowany, a także, że jest on przychylny ludziom (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 8). Nie zaznaczyły się w tym zasobie różnice pomiędzy grupą badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą. Podobny poziom tego zasobu u obu badanych grup potwierdzają założenia teorii E. Eriksona, że nadzieja podstawowa kształtuje się bardzo wcześnie w psychice dziecka, by następnie rozwijać się w kolejnych fazach rozwoju jednostki (za. J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s. 8). Zasób w postaci nadziei podstawowej sprzyja konstruktywnemu wyjściu z zaburzonego ładu życia, również w wyniku utraty sprawności. Podejmując studia, osoby z niepełnosprawnością nabytą, pomimo nowej dla nich sytuacji życiowej potwierdzają, że są gotowe do podjęcia wysiłku w celu zwiększenia własnych szans życiowych.

Jednak badania S. Byry i K. Ćwirynkało (2018, s. 5) przeprowadzone wśród studentów z niepełnosprawnością wskazują na niski poziom nadziei podstawowej. Dodatkowo badania w zakresie nadziei na sukces wykazały, że jako grupa odznaczali się oni również niskim poziomem tego zasobu (S. Byra, A. Żyta, 2017, s. 731).

W zakresie zasobu, jakim jest nadzieja podstawowa warto zwrócić szczególną uwagę na badanych z niepełnosprawnością nabytą, którzy odznaczyli się niskim poziomem nadziei podstawowej. Niski poziom tego zasobu może wskazywać na trudności badanych w zakresie wysokiego natężenia reakcji, które nie zwiększają ich przystosowania do nowej sytuacji. Ci badani mogą odznaczać się mniejszą gotowością do akceptacji ograniczeń wynikających nie tylko z trwałych uszkodzeń organizmu, ale również siebie w roli osoby z niepełnosprawnością (S. Byra, 2012, s. 395).

Ostatnim analizowanym zasobem wśród badanych jest rodzaj otrzymywanego wsparcia społecznego, zarówno w środowisku rodzinnym, jak i akademickim. Badani zarówno z niepełnosprawnością nabytą, jak i wrodzoną otrzymują na najwyższym poziomie wsparcie informacyjne, zaś w najmniejszym stopniu wsparcie wartościujące. Na podstawie tych rezultatów badań można potwierdzić tezę, że samoakceptacja stanowi odbicie stosunku otoczenia do jednostki (M. Szpitalak, R. Polczyk, 2015, s. 35), ponieważ badani w zakresie wsparcia wartościującego i samoakceptacji otrzymali wyniki na poziomie niskim. Wsparcie wartościujące wyraża się w komunikatach podkreślających wartość osoby, a także jej wcześniejsze dokonania. Wsparcie informacyjne może pomagać badanym w zrozumieniu ich sytuacji lub w znalezieniu rozwiązania, ale nie przyczynia się do podkreślenia wartości osoby z niepełnosprawnością, nie do końca również spełnia oczekiwania studentów z niepełnosprawnością wobec osoby, która ma im udzielać wsparcia (por. J. Kirenko, 2008, s. 34). W badaniach S. Byry (2010, s. 41) deklarowali, że osoba wspierająca ma wzbudzać pozytywne emocje, szanować innych, posiadać odpowiedni poziom empatii, a także być otwarta na podjęcie kontaktu i dalszej współpracy. W świetle badań przeprowadzonych przez S. M. Levens i współpracowników (2016, s. 352) wsparcie informacyjne może być niewystarczające dla studentów z niepełnosprawnością, ponieważ wyższy poziom wsparcia emocjonalnego w rodzinie wiązał się z niższym poziomem objawów depresyjnych, w stosunku do badanych, którzy otrzymywali od rodziny wsparcie emocjonalne na poziomie średnim lub niższym. Dlatego należy podkreślić, że tylko emocjonalne wsparcie od rodziny pełni rolę ochronną wobec symptomów depresyjnych u studentów.

Natomiast pomiędzy badanymi z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą zaznaczyły się różnice w zakresie wsparcia emocjonalnego i wartościującego. Badani z niepełnosprawnością nabytą istotnie wyżej oceniają poziom otrzymywanego wsparcia wartościującego i emocjonalnego. Można wyjaśnić to faktem, że osoby z niepełnosprawnością nabytą, zbudowały własną sieć kontaktów społecznych będąc osobami pełnosprawnymi, kiedy nie funkcjonowały jeszcze z etykietą osoby z niepełnosprawnością (por. I. Banach, 2014, s. 26). Ponadto w wyniku sytuacji, w której badani doświadczyli trudnej sytuacji życiowej wiążącej się z utratą sprawności nastąpiła mobilizacja wsparcia społecznego, które jest szczególnie potrzebne w procesie przystosowania do nowej sytuacji życiowej (I. Heszen, H. Sęk, 2007, s. 169; J. Kirenko, 2018, s. 44).

Podstawowym źródłem wsparcia obu grup badanych, zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą są rodzina, inni krewni, a następnie koledzy z uczelni i nauczyciele akademiccy. Rozkład wsparcia znajduje odzwierciedlenie w sytuacji życiowej studentów, którzy funkcjonują na tym etapie życia głównie w środowisku rodzinnym i akademickim. Szczególną grupą wsparcia dla badanych, nawet przed rodzeństwem są koledzy i koleżanki z uczelni, co wskazuje na bliskość relacji nawiązanych w kontekście studiowania. Przy czym badani z niepełnosprawnością nabytą znacznie wyżej, niż badani z niepełnosprawnością wrodzoną oceniają wsparcie wartościujące otrzymywane od kolegów z uczelni. Na tej podstawie można założyć, że czują się w grupie rówieśniczej bardziej akceptowani, a także doceniani, niż badani z niepełnosprawnością wrodzoną. Drugim źródłem wsparcia dla badanych w środowisku akademickim są nauczyciele, od których wsparcie informacyjne i emocjonalne jest oceniane na poziomie zbliżonym do wsparcia uzyskiwanego od kolegów z uczelni. Uzyskane rezultaty badań wskazują, że funkcjonujące w środowisku akademickim sieci społeczne dostarczają im różnego rodzaju wsparcia, ale głównie w formie informacyjnego i emocjonalnego. Dodatkowo badani z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą oceniają, że otrzymują również wsparcie od sąsiadów, kolegów z osiedla, a także osób obcych. W zakresie wsparcia społecznego wyniki badanych są zbieżne w kwestii grup zabezpieczenia, czyli rodziny, kolegów z uczelni i nauczycieli akademickich, które udzielają wsparcia studentom z niepełnosprawnością ruchową (por. K. Skalska, 2015b, s. 129). Wyniki w zakresie kręgu zabezpieczenia studentów z niepełnosprawnością korespondują również z wynikami dotyczącymi sieci wsparcia dorosłych osób z niepełnosprawnością ruchową

- pierwszym kręgiem wsparcia jest rodzina, a następnie koledzy i współpracownicy (M. Barabas, 2015, s. 200). Na podstawie zaprezentowanych wyników można założyć, że badani studenci mają możliwość korzystania z naturalnie im dostępnego w środowisku wsparcia społecznego, które cechuje się otwartością na pomoc, współpracą, a także troską o dobro innych osób (J. Kirenko, 2002, s. 93; 2004, s. 11; A. Brzezińska, R. Kaczan, P. Rycielski, 2010, s. 44).

8.3. Analiza zależności pomiędzy radzeniem sobie i zasobami radzenia a postrzeganiem autonomii u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową

Autonomia osób z niepełnosprawnością ruchową wiąże się z funkcjonowaniem w różnych wymiarach życia. Zgodnie z modelem biopsychospołecznym jest ona zależna od uwarunkowań środowiskowych, w tym dostępu do przestrzeni życia publicznego i prywatnego, a także od uwarunkowań podmiotowych. Do czynników podmiotowych kontekstowych, które wpływają na uczestnictwo osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym obok cech charakteru danej osoby, zaliczany jest również wewnętrzny system regulacji jednostki. Odpowiada on za zdolności adaptacyjne do istniejących warunków i wymagań środowiska (A. Ćwirlej-Sozańska, A. Wilmowska-Pietruszyńska, 2015, s. 13).

Przyjmując podstawę teoretyczną w postaci biopsychospołecznego modelu niepełnosprawności autonomia decyzyjna i wykonawcza badanych studentów współzależy od podmiotowych czynników kontekstowych, które w niniejszym projekcie badawczym oznaczają radzenie sobie oraz wewnętrzne zasoby w postaci: samooceny, poczucia własnej skuteczności, nadziei podstawowej, oraz zasobu zewnętrznego jakim jest wsparcie społeczne.

W zakresie zależności pomiędzy strategiami radzenia sobie a poszczególnymi wymiarami autonomii u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną istnieje więcej takich zależności, niż u badanych z niepełnosprawnością nabytą. Okazuje się, że badani z niepełnosprawnością wrodzoną w toku socjalizacji rozwinęli większą liczbę strategii radzenia sobie w sytuacji niepełnosprawności (S. Kowalik, 2003, s. 73; B. Szczupał, 2009, s. 222; L. Ścisło i in., 2014, s. 600). Jednak zarówno u badanych z niepełnosprawnością nabytą, jak i wrodzoną preferowanie przez nich strategii

aktywnego radzenia sobie przekłada się na wyższą ocenę autonomii w wymiarach związanych z uczestnictwem społecznym, przy czym u badanych z niepełnosprawnością nabytą dodatkowo istotne są: strategia pozytywnego przewartościowania, akceptacji, czy poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Wyższa ocena autonomii badanych z niepełnosprawnością nabytą jest związana ze strategią w postaci obwiniania siebie. Stosowanie różnych strategii przez badanych z niepełnosprawnością nabytą, również takich jak zaprzestanie działań, wyładowywanie emocji wskazuje, że badani znajdują się na różnych etapach radzenia sobie z niepełnosprawnością od etapu szoku i zaprzeczania do etapu akceptacji własnej sytuacji życiowej. Każdy etap radzenia sobie z niepełnosprawnością wiąże się z innymi mechanizmami emocjonalnymi i poznawczymi, co może znajdować odzwierciedlenie w ocenie różnych wymiarów autonomii (por. P. Wolski, 2010, s. 37; S. Byra, 2012, s. 40-52, P. Majewicz, 2012, s. 62-80). Stosowanie przez badanych niekonstruktywnych strategii radzenia sobie wiąże się z obniżeniem oceny autonomii, nawet w zakresie tak podstawowego wymiaru funkcjonowania, jak autonomia pielęgnacji. Stosowanie przez osoby z niepełnosprawnością ruchową negatywnych strategii radzenia sobie wiąże się z przeżywaniem własnego ciała, jako źródła cierpienia i ograniczeń. W tym aspekcie wyniki badań są zbieżne z jakościowymi badaniami wśród osób z niepełnosprawnością ruchową, które stosując negatywne strategie radzenia na pierwszych etapach procesu radzenia sobie z niepełnosprawnością mają odczucie, że ciało przejęło nad nimi władzę, ponieważ stawia opór w wykonywaniu codziennych czynności (J. Niedbalski, 2018, s. 60).

Natomiast zarówno u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą strategia radzenia sobie w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego przekłada się na wyższą ocenę szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. Chociaż dla badanych z niepełnosprawnością nabytą poszukiwanie wsparcia instrumentalnego wiąże się z obniżeniem oceny szans na osiągnięcie autonomii. Należy zwrócić uwagę, że w kontekście oceny szans na życie zgodne z własnymi oczekiwaniami wsparcie emocjonalne, mimo że powiązane jest z działaniami podtrzymującymi pozytywne emocje, może być niewystarczające w kontekście pomyślnej realizacji planów życiowych przez badanych (por. I. Heszen, 2015, s. 76). Dodatkowo badani z niepełnosprawnością nabytą traktują wsparcie instrumentalne jako zagrażające ich oczekiwaniom życiowym, a to właśnie ten rodzaj wsparcia

przez zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa może stać się źródłem stymulacji ich rozwoju i aktywności (J. Kirenko, 2002, s. 87).

Dokładna analiza zależności pomiędzy poszczególnymi wymiarami autonomii a strategiami radzenia sobie wykazała, że ocena wymiaru autonomii mobilności u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną wiązała się ze stosowaniem kilku strategii radzenia sobie. Stosowanie przez badanych strategii radzenia sobie w postaci aktywnego radzenia sobie wiąże się z wyższą oceną tego wymiaru autonomii. Badani, którzy stosowali strategię radzenia sobie w postaci planowania, wyżej ocenili własną autonomię, podobnie jak badani, którzy stosowali strategię zaprzestania działań lub zajmowania się czymś innym. Można przypuszczać, że badani dokonali racjonalnej oceny swoich możliwości w konfrontacji z dostępnością przestrzeni, a także występujących w niej barier (w przypadku tego rodzaju autonomii szczególne znaczenie mają bariery architektoniczne, transportowe) i ocenili, że skupią się na tych obszarach funkcjonowania, które są dla nich dostępne. Wśród badanych z niepełnosprawnością wrodzoną postrzeganie wymiaru autonomii mobilności wiązało się również ze stosowaniem przez badanych strategii w postaci wyładowywania, która sprzyjała niższej ocenie tego wymiaru. Taki wybór prawdopodobnie wiąże się z przeżywaniem przez badanych frustracji i negatywnych emocji związanych z trudnościami w pokonywaniu różnego rodzaju barier (por. I. Heszen, 2015, s. 72). Badani, którzy stosowali strategię w postaci pozytywnego przewartościowania również niżej ocenili autonomię w tym wymiarze, co wskazuje, że badani pogodzili się z mniejszymi możliwościami poruszania się, ale potrafili zachować aktywne działanie ukierunkowane na rozwiązanie problemu (por. I. Heszen, 2015, s. 72).

Kolejnym wymiarem autonomii, który dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną łączy się ze stosowaniem różnych strategii radzenia sobie jest autonomia finansowa. Wyższa ocena badanych w zakresie tego wymiaru autonomii nie jest jednoznacznie powiązana z konstruktywnymi strategiami radzenia sobie. Badani, którzy stosują strategię wyładowywania wyżej oceniają własną autonomię finansową, podobnie, jak badani, którzy preferują strategię obwiniania siebie. Prawdopodobnie badani w wyniku przeżywania silnych emocji związanych ze stosowanymi przez siebie strategiami radzenia sobie, mniej uwagi koncentrują na zabezpieczeniu finansowym własnej sytuacji życiowej, a tym samym pomimo wyższej oceny autonomii finansowej, nie podejmują działań rozwijających autonomię w tym wymiarze (por. S. Byra, 2012, s. 85). Natomiast badani, którzy stosują strategię zaprzestania działań, zażywania

substancji psychoaktywnych, adekwatnie niżej oceniają autonomię finansową, podobnie, jak badani wykorzystujący strategię radzenia sobie w postaci zwrotu ku religii. Badani stosujący te strategie radzenia sobie oceniają, że podejmowane przez nich działania nie wiążą się z racjonalną poprawą ich sytuacji materialnej (I. Heszen, 2015, s. 72).

Wymiarem autonomii, w którym badani z niepełnosprawnością wrodzoną stosują kilka strategii radzenia sobie jest autonomia czasu wolnego. Badani stosujący strategię akceptacji, wyżej oceniają ten wymiar autonomii, w przeciwieństwie do badanych obwiniających siebie. Akceptacja pomaga zatem badanym w podejmowaniu aktywności, które wynikają zarówno z ich predyspozycji indywidualnych w postaci zainteresowań i pasji, jak również zgodnych ze stanem własnego zdrowia i sprawności. Natomiast badani, którzy obwiniają siebie prawdopodobnie mają trudność w spędzaniu wolnego czasu na czynnościach rekreacyjnych, a także odprężających, ale paradoksalnie pozytywnie oceniają ten wymiar autonomii. U studentów z niepełnosprawnością wrodzoną czas wolny nie jest wyizolowanym obszarem życia, ale jest jego istotnym elementem, który może pełnić funkcję kształcącą, kontemplacyjną, partycypacyjną, a także integracyjną (E. Kamusińska, 2008, s. 34). Badani przeżywający emocje negatywne związane z obwinianiem siebie nie są w stanie w pełni skorzystać z możliwości, jakie niesie ze sobą czas wolny. Podobnie studenci, którzy stosują strategię w postaci zaprzestania działań, a także zwrotu ku religii oceniają niżej ten wymiar autonomii.

Natomiast badani z niepełnosprawnością wrodzoną poszukujący wsparcia instrumentalnego oceniają niżej autonomię czasu wolnego, co wskazuje na ich trudności w korzystaniu z tego rodzaju wsparcia w czasie wolnym, np.: związanego ze zorganizowaniem wsparcia adekwatnego do własnych potrzeb. Warto również zaznaczyć, że badani z niepełnosprawnością otrzymują jako grupa najwięcej wsparcia w wymiarze informacyjnym i emocjonalnym, co może być niewystarczające, by mogli w pełni korzystać z możliwości, jakie niesie ze sobą czas wolny. W tym wymiarze ważniejsze jest wsparcie naturalnych sieci społecznych, niż instytucjonalnych, jak ma to miejsce w wymiarze autonomii pracy zawodowej i nauki (J. Kirenko, 2002, s. 93; 2007, s. 17; J. Bergier, D. Tomczyszyn, W. Romanowicz, 2012, s. 154). Taka zależność pomiędzy poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego a oceną autonomii wśród badanych z niepełnosprawnością wrodzoną została stwierdzona tylko w tym wymiarze autonomii.

Pozostałe wymiary autonomii badanych z niepełnosprawnością wrodzoną nie były zależne od kilku preferowanych strategii radzenia sobie. Niemnej jednak warto zwrócić uwagę, że tak podstawowy wymiar autonomii, jakim jest autonomia pielęgnacji wiąże się z trzema strategiami radzenia sobie: aktywnego radzenia sobie, akceptacji, zaprzeczania, która jednak obniża ocenę tego wymiaru autonomii. Natomiast strategia w postaci zajmowania się czymś innym sprzyja wyższej ocenie tego wymiaru autonomii. Interpretując ten wynik, można założyć, że badanym z niepełnosprawnością, którzy nie podejmują działań w sferach ważnych dla swojego rozwoju, jak autonomia pracy zawodowej i nauki, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych kojarzy się z niższym poziomem wymagań. Uzyskane rezultaty badań wskazują, że u osób z niepełnosprawnością wrodzoną czynności samoobsługowe i związane z poruszaniem się pochłaniają znaczną część energii psychicznej, ponieważ w tych wymiarach autonomii znalazły się różne strategie radzenia sobie (por. J. Niedbalski, 2018, s. 59).

Dla studentów z niepełnosprawnością ważnym wymiarem oceny autonomii jest wymiar pracy zawodowej i nauki. Z wyższą oceną autonomii w tym wymiarze wiążą się strategie radzenia sobie w postaci aktywnego radzenia sobie i planowania. Natomiast zwrot ku religii wiąże się z obniżeniem oceny tego wymiaru autonomii, co można interpretować, że podejmowanie przez badanych aktywności religijnej jest traktowane jako działanie zastępcze, a tym samym obniżające ocenę tego wymiaru autonomii, nie zaś jako działanie przydatne, które pozwala lepiej zrozumieć niekontrolowane źródła stresu (por. I. Heszen, 2015, s. 77).

U badanych z niepełnosprawnością nabytą w zakresie zależności pomiędzy autonomią a strategiami radzenia sobie uchwycono ich mniej, niż u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, ale więcej było takich, które obniżają jej ocenę w różnych wymiarach. Badani z niepełnosprawnością wrodzoną stosowali zarówno strategie konstruktywne jak planowanie czy akceptacja, a jednak strategie te wiązały się również z obniżeniem oceny niektórych wymiarów autonomii. W zakresie autonomii pielęgnacji badani, którzy stosowali strategię zaprzestania działań uzyskiwali niższą ocenę autonomii w tym wymiarze. W wymiarze autonomii rodzinnej strategia planowania, której celem jest lepsze przygotowanie do wykonania różnych czynności, wiązała się z niższą oceną tego wymiaru autonomii. Prawdopodobnie badani mając porównanie z życiem rodzinnym, w którym mieli większy poziom swobody i możliwości spontanicznego podejmowania działań przed nabyciem niepełnosprawności, mieli poczucie, że planowanie ogranicza zakres ich niezależności

(M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 972). Podobnie strategia radzenia sobie w postaci zwrotu ku religii jest związana z obniżeniem oceny autonomii rodzinnej, co wskazuje, że aktywność religijna traktowana jest jako działanie zastępcze w stosunku do aktywności w kręgu rodzinnym.

Badani stosujący strategię akceptacji oceniają niżej wymiar autonomii finansowej, zaś badani preferujący strategię radzenia sobie w postaci obwiniania siebie autonomię w tym wymiarze oceniają wyżej. Badani, którzy akceptują własną sytuację zdrowotną są skłonni dostrzegać większe spektrum potrzeb, które wymagają zasobów materialnych, również tych związanych z aspektem rozrywki i zabawy. Natomiast badani obwiniający siebie mniej koncentrują się na swoich potrzebach w różnych obszarach swojego życia, dlatego lepiej oceniają autonomię w wymiarze finansowym. Na potwierdzenie tej interpretacji wskazuje również zależność pomiędzy strategią radzenia sobie w postaci obwiniania, a postrzeganiem autonomii czasu wolnego. Im bardziej badani preferują tę strategię radzenia sobie, tym wyżej oceniają autonomię w tym wymiarze, podobnie jak strategię aktywnego radzenia sobie. Natomiast poszukiwanie przez badanych wsparcia instrumentalnego obniża ich autonomię w wymiarze pracy zawodowej i nauki, a także ogólną ocenę autonomii.

Wśród badanych z niepełnosprawnością nabytą wyższej ocenie autonomii nie sprzyjają konstruktywne strategie radzenia sobie, których stosowanie w ich odczuciu może wiązać się z obniżeniem swobody działania. Ponadto badani stosują strategie radzenia sobie, które są związane z przeżywaniem silnych emocji negatywnych, takich jak: obwinianie siebie, zaprzeczanie, a także wyładowywanie. Konstruktywne strategie w postaci aktywnego radzenia, poszukiwania wsparcia emocjonalnego, pozytywnego przewartościowania sprzyjają wyższej ocenie autonomii w trzech wymiarach autonomii.

Na podstawie przeprowadzonych badań można uznać za prawdziwe przyjęte twierdzenie hipotetyczne, że istnieje zależność między strategiami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową. Stosowane strategie radzenia sobie mogą sprzyjać wyższej ocenie autonomii, ale mogą ją również obniżać.

Postrzeganie autonomii u badanych poza strategiami radzenia sobie wiąże się również z zasobami radzenia sobie: wewnętrznymi i zewnętrznym. Pierwszym analizowanym zasobem jest samoocena badanych. Zależność pomiędzy samooceną badanych a postrzeganiem autonomii u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną

i nabytą wskazuje, że badani pomimo niskiej samoakceptacji i niskiego ogólnego wyniku samooceny, stosunkowo wysoko oceniają własną autonomię. Zależność ta wskazuje na kompensacyjną rolę autonomii wśród badanych z niepełnosprawnością wrodzoną we wszystkich jej wymiarach, poza autonomią mobilności i pielęgnacyjną, zaś u badanych z niepełnosprawnością nabytą w wymiarze towarzysko-interpersonalnym i ogólnej ocenie autonomii (por. M. Kupisiewicz, 2013, s. 156). Dodatkowo odnotowano słabą korelację pomiędzy samoakceptacją a autonomią rodzinną, a także wymiarem czasu wolnego. Natomiast w grupie badanych z niepełnosprawnością nabytą wsytąpiły negatywne korelacje o słabej sile pomiędzy samoakceptacją i samooceną w wymiarze ogólnym a autonomią w wymiarze towarzysko-interpersonalnym oraz oceną szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami.

Na podstawie badań można wskazać, że wysunięta hipoteza o istnieniu pozytywnej zależności pomiędzy samooceną a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową jest częściowo słuszna. Hipoteza ta została potwierdzona częściowo, ponieważ w zakresie tego zasobu uchwycono zarówno zależności pozytywne, jak i negatywne, zarówno w grupie studentów z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą.

Kolejnym zasobem radzenia sobie, który wiąże się z wyższą oceną autonomii jest poczucie własnej skuteczności, które u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną przekłada się na wszystkie wymiary postrzegania autonomii, zaś u badanych z niepełnosprawnością nabytą odnosi się przede wszystkim do wymiarów autonomii związanych ze społecznym uczestnictwem: pracy zawodowej i nauki, towarzysko-interpersonalnym i oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. Przyjęte twierdzenie hipotetyczne, że istnieje pozytywna zależność pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową można przyjąć za prawdziwe. Uzyskane wyniki dowodzą, że wyższy poziom poczucia własnej skuteczności sprzyja wyższej ocenie autonomii we wszystkich jej wymiarach. Dlatego hipotezę można uznać za potwierdzoną.

Kompensacyjna rola autonomii w zakresie samoakceptacji i samooceny, a także wysokie poczucie własnej skuteczności badanych wiąże się z oczekiwaniami społecznymi wobec osób z niepełnosprawnością, wynikającymi jeszcze z medycznego modelu niepełnosprawności. Model ten zakładał, że osoba z niepełnosprawnością ma

dostosować się do wymagań większości społeczeństwa i posiadać motywację do podejmowania wysiłków na rzecz sprostania obowiązującym wzorcom i normom społecznym (G. Magnuszewska-Otulak, 2009, s. 78; J. Kirenko, 2011, s. 20; A. Bieganowska, 2015, s. 27). Podobne wnioski z badań na podstawie badań jakościowych studentów z niepełnosprawnością wyciąga W. Cunnah (2015, s. 223), która wskazuje na znaczenie negatywnych doświadczeń osób z niepełnosprawnością i nacisk, żeby dostosowały się do społecznie akceptowanych norm w środowisku edukacyjnym, a następnie zawodowym.

Z grupy badanych studentów z niepełnosprawnością, najwięcej z nich dysponuje przeciętnym lub wysokim poczuciem kompetencji, a także wysokim poczuciem własnej skuteczności, co może sugerować, że myślą o sobie w kategoriach związanych ze spełnianiem wymagań i oczekiwań społecznych, płynących do nich z otoczenia. Natomiast wymagania społeczne i model życia, do którego w konsekwencji mogą zmierzać badani, odpowiada możliwościom osób pełnosprawnych, które w pełnieniu ról społecznych nie mierzą się z ograniczeniami wynikającymi ze stanu zdrowia i sprawności. W rezultatach badań można dostrzec takie oczekiwanie badanych wobec siebie, zarówno w zakresie powiązań pomiędzy autonomią a samooceną, a także autonomią a strategią radzenia sobie w postaci poszukiwania wsparcia instrumentalnego przez badanych. To właśnie wsparcie instrumentalne powoduje, że osoby z niepełnosprawnością mogą odczuwać, że są osobami zależnymi, dlatego nie traktują tej strategii jako adaptacyjnej, która pełni rolę wspierającą wobec zadań związanych z rozwojem własnej aktywności na innych polach funkcjonowania (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971). W konsekwencji badani mogą nadmiernie koncentrować się na dorównaniu osobom pełnosprawnym w zakresie czynności samoobsługowych i poruszania się, czyli stanowiących o samodzielności fizycznej, zaś za mało – na realizacji celów, które są ważne z punktu widzenia społecznego uczestnictwa, a także przygotowania do pełnienia ról społecznych zgodnych z okresem wczesnej dorosłości (por. B. A. Wright, 1983, s. 24; K. Piotrowski, 2013, s. 158; J. Głodkowska, U. Gosk, 2018, s. 34; S. Kowalik, 2018, s. 71; E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018, s. 21).

Zasobem wewnętrznym sprzyjającym postrzeganiu autonomii przez badanych zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, jest nadzieja podstawowa. Przekonanie badanych, że świat jest sprawiedliwy i przychylny ludziom przekłada się u badanych na wyższą ocenę szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi

oczekiwaniami. Jednak badani z wyższym poziomem nadziei podstawowej niżej oceniali własną autonomię w zakresie czasu wolnego i finansowym, co może wskazywać na adaptacyjną rolę tego zasobu. Badani charakteryzujący się wysokim poziomem tego zasobu mogą mieć większe oczekiwania w tych wymiarach autonomii.

Przyjęte założenie hipotetyczne o istnieniu pozytywnej zależności pomiędzy nadzieją podstawową można uznać za częściowo prawdziwe, ponieważ w zakresie tego zasobu uchwycono zarówno zależności pozytywne, jak i negatywne. U badanych z niepełnosprawnością nabytą uchwycono korelacje negatywne pomiędzy nadzieją podstawową, a wymiarami autonomii: finansowym i czasu wolnego. Hipoteza została częściowo potwierdzona.

Kolejnym analizowanym zasobem radzenia sobie w kontekście postrzegania autonomii w jej różnych wymiarach jest zewnętrzny zasób radzenia sobie w postaci wsparcia społecznego. Dla badanych z niepełnosprawnością nabytą wyższa ocena wsparcia społecznego wiązała się z wyższą oceną autonomii mobilności. Może to wskazywać, że osoby z niepełnosprawnością nabytą, w zakresie tego wymiaru potrzebują więcej wsparcia ze strony otoczenia. W przypadku tej grupy badanych żaden inny zasób nie sprzyjał wyższej ocenie wymiaru autonomii mobilności. Ten wymiar autonomii jest istotny dla realizacji jej pozostałych wymiarów, szczególnie tych związanych ze społecznym uczestnictwem badanych. Utrata sprawności powoduje traumę i ogromną zmianę w postrzeganiu własnej osoby. Dlatego osoby z niepełnosprawnością nabytą potrzebują wsparcia społecznego, zarówno w kręgu osób najbliższych, przyjaciół, jak i płynącego od specjalistów (J. Kirenko, 2007, s. 17; P. Wolski, 2010, s. 24; R. Müller i in., 2012, s. 97).

Potrzeba mobilizacji wsparcia społecznego dla badanych z niepełnosprawnością nabytą uwidacznia się w rezultatach badań z zakresu zależności pomiędzy oceną autonomii, a otrzymywanym wsparciem społecznym. Nawet wsparcie wartościujące odnoszące się bardziej do relacji międzyludzkich, niż funkcjonowania fizycznego, w tej grupie badanych sprzyja wyższej ocenie autonomii w zakresie mobilności, a następnie szans na osiągnięcie życia zgodnego z posiadanymi oczekiwaniami. Natomiast dla osób z niepełnosprawnością wrodzoną wsparcie wartościujące wiąże się z obniżeniem oceny autonomii w wymiarze pielęgnacyjnym, a także rodzinnym. Być może badani, którzy czują się akceptowani, mogą również ocenić niżej siebie w tych wymiarach, ponieważ nie jest to dla nich sytuacja niosąca poczucie zagrożenia.

Przyjęte założenie hipotetyczne można przyjąć za częściowo prawdziwe, ponieważ wsparcie społeczne wiąże się zarówno z wyższą, jak również z niższą oceną autonomii u badanych. U badanych z niepełnosprawnością wrodzoną wsparcie wartościujące utworzyło korelacje niskie o charakterze ujemnym w zakresie wsparcia wartościującego wiążącego się z niższą oceną w zakresie autonomii pielęgnacyjnej i rodzinnej. Natomiast u badanych z niepełnosprawnością nabytą uchwycono korelacje istotne statystycznie o charakterze ujemnym pomiędzy wsparciem informacyjnym a niższą oceną w wymiarze autonomii finansowej i czasu wolnego.

Na zakończenie interpretacji tego zakresu wyników badań trzeba podkreślić, że autonomia badanych studentów z niepełnosprawnością przekracza pojęcie przystosowania jednostki, zarówno do wymagań otoczenia, jak również ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia i sprawności (por. H. Livneh, R. F. Antonak, 1995, s. 1100; W. Dykcik, 2002d, s. 363; S. Byra, 2012, s. 38). Autonomia jest indywidualną perspektywą osoby z niepełnosprawnością, przejawiającą się w jej własnej ocenie relacji z otoczeniem. Dzięki poznaniu oceny autonomii dokonanej przez badanych studentów z niepełnosprawnością można lepiej zrozumieć ich wizję niepełnosprawności, a także jak przekłada się ona na podejmowane przez nich aktywności (G. Bręczewski, 2018, s. 30). Badani studenci z niepełnosprawnością ruchową oceniają siebie w kategoriach modelu indywidualnego, czyli mają stosunkowo niski poziom akceptacji siebie, jak również są skoncentrowani na sprostaniu oczekiwaniom społecznym. Jedną z przyczyn takiego postrzegania siebie mogą być istniejące w środowisku akademickim etykiety społeczne nadawane studentom z niepełnosprawnością, które przekładają się na negatywny osąd własnej osoby (G. Bręczewski, 2018, s. 39). Dlatego należy położyć większy nacisk również na edukację osób z niepełnosprawnością, by faktycznie wspierać rozwój ich zasobów radzenia sobie, szczególnie samooceny, a także poszerzać ich myślenie o sobie zgodnie z biopsychospołecznym modelem niepełnosprawności.

Uzyskane rezultaty badań wskazują na rehabilitacyjną rolę środowiska akademickiego w zakresie społecznego rozwoju i uczestnictwa studentów z niepełnosprawnością, ale również w tej grupie studentów mogą zaznaczyć się dysproporcje pomiędzy poszczególnymi sferami rozwoju, co oznacza, że nie następuje transfer osiągnięć rozwojowych z jednej sfery funkcjonowania do innej (G. Bręczewski, 206, s. 72; 2015, s. 24; 2018, s. 36). Dlatego tak ważna jest świadomość czynników, które mogą sprzyjać rozwojowi autonomii studentów z niepełnosprawnością.

W przypadku badanych z niepełnosprawnością nabytą szczególne znaczenie ma temporalny aspekt niepełnosprawności, przejawiający się w aspekcie łączenia się oceny autonomii z wiekiem nabycia niepełnosprawności, jak również z oceną autonomii w zależności od roku studiów. Szczególne znaczenie dla badanych z niepełnosprawnością nabytą ma otoczenie społeczne, a także dostępność wsparcia, które pomaga im w rozwinięciu adekwatnych strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, a także rozwija inne kompetencje istotne z punktu widzenia funkcjonowania w sytuacji niepełnosprawności. Natomiast badani z niepełnosprawnością wrodzoną posiadają niższy poziom zasobów radzenia sobie, w stosunku do badanych z niepełnosprawnością nabytą. Wyniki te potwierdzają teorię utraconych zasobów, która wskazuje, że niepełnosprawność przyczynia się jednak do zużywania własnych zasobów do radzenia sobie ze skutkami niepełnosprawności (S. Kowalik, 2003, s. 75; 2007, s. 52). Dlatego również dla tej grupy badanych okres studiów może stanowić okazję do rozwinięcia dysponowanych zasobów radzenia sobie.

8.4. Rola akceptacji niepełnosprawności w ustalaniu zależności między zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u badanych studentów z niepełnosprawnością ruchową

Badani studenci zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą osiągnęli zbliżone wyniki we wszystkich podskalach składających się na akceptację niepełnosprawności. Jednak odchylenia standardowe wskazują na duże zróżnicowanie wewnętrzne grup, co prawdopodobnie oznacza, że w grupie mogą być zarówno studenci, którzy mają wysokie wyniki w poszczególnych podskalach, jak również relatywnie niskie. Należy również podkreślić, że pomiędzy badanymi z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą nie ma istotnych statystycznie różnic w zakresie akceptacji niepełnosprawności, co wskazuje, że podejmowana przez nich rola społeczna studenta pozwala im na wykorzystanie zachowanych możliwości organizmu, a także podejmowanie zadań związanych z integracją społeczną bez względu na czas nabycia niepełnosprawności (S. Byra, 2017a, s. 32).

U badanych z niepełnosprawnością wrodzoną wyższej ocenie autonomii w jej różnych wymiarach sprzyja poszerzanie wartości przez badanych (jeden z wymiarów akceptacji niepełnosprawności). Prawdopodobnie badani, którzy zaczynają dostrzegać

wartość w swoich zdolnościach i celach, a nie w „utraconej sferze rozwoju", odkrywają własną autonomię w różnych obszarach własnego funkcjonowania. Badani z niepełnosprawnością wrodzoną, a także nabytą, którzy osiągnęli wyższe wyniki w podskali poszerzania zakresu wartości oceniają wyżej własną autonomię, zarówno w wymiarze mobilności, jak towarzysko-społecznym, pracy zawodowej i nauki, a także oceny szans na osiągnięcie życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami. Autonomia w tej postaci akceptacji niepełnosprawności wiąże się z doświadczeniem własnej samodzielności, a także zdolności do podejmowania autonomicznych działań, szczególnie w sferze związanej z uczestnictwem społecznym, czyli w wymiarze towarzysko-interpersonalnym, a także pracy zawodowej i nauki. Badani z tej grupy również wyżej oceniają własne szanse na osiągnięcie życia zgodnego z posiadanymi oczekiwaniami. Autonomia w tym wymiarze akceptacji niepełnosprawności może być jednocześnie ważnym aspektem wzmacniającym jej poczucie, ponieważ pozwala na odkrycie własnej sprawczości, pomimo przeżywania sytuacji niepełnosprawności. Autonomia decyzyjna oznacza, że osoba z niepełnosprawnością pomimo ograniczeń może decydować bez zewnętrznych nacisków o podejmowanych przez siebie działaniach (M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 971). To właśnie autonomiczna aktywność pozwala na poszerzanie zakresu wartości osoby z niepełnosprawnością w toku nabywania nowych doświadczeń.

Strategiami radzenia sobie, z którymi uchwycono związki z akceptacją niepełnosprawności są strategia planowania, a także zaprzestania działań. Należy zwrócić uwagę, że planowanie odnosi się do poznawczego aspektu podejmowanych działań, nie wiąże się ono jeszcze z ich przygotowaniem (por. I. Heszen, 2015, s. 70). Jednak w przypadku osób z niepełnosprawnością wrodzoną planowanie może być dodatkowym i ważnym elementem podejmowanych aktywności. Ze względu na dodatkowe potrzeby osoba z niepełnosprawnością ruchową musi zaplanować różne swoje przedsięwzięcia z dużym wyprzedzeniem czasowym, jak również z większą dokładnością niż osoby pełnosprawne. Dlatego ta strategia radzenia sobie wiąże się z wyższą akceptacją niepełnosprawności w każdym jej wymiarze.

Strategia radzenia sobie w postaci zaprzestania działań wiąże się z obniżeniem akceptacji niepełnosprawności we wszystkich podskalach, co wskazuje, że ograniczanie aktywności przez osoby z niepełnosprawnością ma negatywne konsekwencje dla akceptacji niepełnosprawności. B. A. Wright (1983, s. 14) zwraca uwagę właśnie na tendencję u osób z niepełnosprawnością do poszerzania skutków niepełnosprawności

poza realne jej konsekwencje. Zatem stosowanie przez badanych strategii radzenia sobie w postaci zaprzestania działań może świadczyć o tym rodzaju konsekwencji.

Natomiast dla badanych z niepełnosprawnością nabytą uchwycono umiarkowane korelacje w zakresie strategii radzenia sobie w postaci pozytywnego przewartościowania aktywnego radzenia sobie a wszystkimi zakresami akceptacji niepełnosprawności. Strategia pozytywnego przewartościowania wiąże się z istotą akceptacji niepełnosprawności w świetle teorii straty B. A. Wright (1983, s. 136). Według tej autorki akceptacja niepełnosprawności jest ściśle powiązana z procesem zmiany w systemie wartości osoby z niepełnosprawnością nabytą, która wybiera koncentrację na tych wartościach, które mogą być realizowane pomimo utraty sprawności. Strategia radzenia sobie w postaci pozytywnego przewartościowania jest dla badanych z niepełnosprawnością nabytą istotna w każdym wymiarze akceptacji niepełnosprawności.

W zakresie powiązań pomiędzy zasobami radzenia sobie a akceptacją niepełnosprawności poczucie własnej skuteczności jest zasobem, w ramach którego zarówno w grupie badanych z niepełnsoprawnością wrodzoną, jak i nabytą uchwycono korelacje ze wszystkimi podskalami akceptacji niepełnosprawności. U badanych z niepełnosprawnością nabytą sprzyja ono akceptacji niepełnosprawności, szczególnie w pierwszym wymiarze akceptacji niepełnosprawności, zaś u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną w podskali poszerzania zakresu wartości. Przekonanie o własnej skuteczności pozwala na podejmowanie przez jednostkę działań, w sytuacjach dla niej ważnych z przekonaniem, że jest ona w stanie przekształcać rzeczywistość (A. Łuszyńska, R. Schwarzer, 2008, s. 47). Dla badanych z niepełnosprawnością nabytą pomaga ono w pokonaniu nacisków społecznych związanych ze społecznymi kanonami opartymi na sprawności fizycznej. Badani z niepełnosprawnością nabytą szczególnie na pierwszym etapie akceptacji niepełnosprawności stoją przed koniecznością wykazania się wytrwałością w dokonaniu zmian w zakresie poszerzenia swoich wartości o te, które nie są związane z fizycznością.

Kolejnym zasobem radzenia sobie, który sprzyja akceptacji niepełnosprawności zarówno wśród badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą jest samoakceptacja badanych. Niższy poziom samoakceptacji badanych wiąże się z niższym poziomem akceptacji niepełnosprawności w obydwu grupach badanych. W przypadku badanych z niepełnosprawnością nabytą uchwycono korelacje w zakresie poczucia kompetencji, które może sprzyjać pierwszemu i czwartemu wymiarowi

akceptacji niepełnosprawności (zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości i ograniczania skutków niepełnosprawności). Natomiast u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną nie uchwycono współzależności pomiędzy poczuciem kompetencji a akceptacją niepełnosprawności. W tej grupie studentów poczucie kompetencji, które jest również komponentem samooceny nie pełni funkcji kompensacyjnej, jak u osób z niepełnosprawnością nabytą.

Zasobami radzenia sobie, które sprzyjają wzrostowi akceptacji niepełnosprawności są w przypadku badanych z niepełnosprawnością nabytą nadzieja podstawowa, a także wsparcie społeczne. Nadzieja podstawowa, jak i wsparcie społeczne są zasobami, których pokłady są uruchamiane w sytuacjach, które burzą naturalny ład życia jednostki (J. Trzebiński, M. Zięba, 2003, s.11; H. Sęk, R. Cieślak, 2004, s. 18). Na podstawie tych informacji należy podkreślić, że badani z niepełnosprawnością nabytą mobilizują więcej zasobów w postaci poczucia własnej skuteczności, samoakceptacji, poczucia kompetencji, a także wsparcia społecznego. W zakresie wparcia społecznego szczególnie istotne jest wsparcie wartościujące, które sprzyja akceptacji niepełnosprawności. Ten rodzaj wsparcia dla badanych, którzy nabyli niepełnosprawność pełni ważną funkcję, ponieważ dostarcza komunikatów podkreślających ważność i znaczenie ich indywidualności, a także wskazuje na mocne strony ich dotychczasowego postępowania (B. Matyjas, 2010, s. 178).

Rola akceptacji niepełnosprawności w ustaleniu charakteru związków między radzeniem i zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u badanych studentów pozwala na potwierdzenie wahadłowych teorii przystosowania, które zakładają możliwość naprzemiennego występowania różnorodnych doświadczeń i przeżyć związanych z doświadczeniem niepełnosprawności (S. Byra, 2017a, s. 31). Analiza kanoniczna pozwoliła na uchwycenie złożoności postrzegania autonomii badanych, a także zasobów radzenia sobie z tendencją do zachowań charakterystycznych dla poszczególnych wymiarów akceptacji niepełnosprawności. Badani z tendencją do poszczególnych rodzajów akceptacji niepełnosprawności stosują różne strategie radzenia sobie, zarówno te, które mogą sprzyjać wyższej ocenie ich autonomii, jak również te, które tę ocenę autonomii ograniczają. Należy podkreślić, że u badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości następuje wycofanie ze stosowania strategii niekonstruktywnych, pomimo, że nie wykształcili oni jeszcze w pełni zdolności do stosowania strategii konstruktywnych. W kolejnym wymiarze akceptacji niepełnosprawności,

czyli przeformułowywania wartości względnych na wartości stałe, szczególnego znaczenia nabiera strategia aktywnego radzenia sobie, przy obniżonej tendencji planowania, tak aby u badanych, którzy mają tendencję do ograniczania skutków niepełnosprawności większego znaczenia nabrały ponownie strategie w postaci obwiniania siebie i ograniczonej tendencji do preferowania strategii w postaci aktywnego radzenia sobie, a także zwiększonej tendencji do planowania. Pomimo odnotowanej skłonności do wyższej oceny autonomii mobilności i pielęgnacyjnej u badanych z tendencją do poszerzania zakresu wartości wyniki w zakresie postrzegania autonomii nie są jednoznaczne.

W zakresie zasobów radzenia sobie wyższa samoakceptacja sprzyja wyższym ocenom autonomii w wymiarze życia towarzysko-interpersonalnego u badanych z tendencją do zmniejszania znaczenia cech fizycznych, ale już u badanych z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności wiąże się ona z niższą oceną autonomii rodzinnej. Potrzeba włączenia się przez osobę z niepełnosprawnością w życie rodzinne wymaga adaptacji wiążących się z właściwym przystosowaniem mieszkania lub domu (K. Maczka, 1990, s. 48; B. Olszak-Krzyżanowska, 2008, s. 202; W. Janocha, 2008, s. 175), a także nowym podziałem obowiązków domowych. Osoby z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności świadome są własnych ograniczeń, a także ich znaczenia dla całości życia rodzinnego, dlatego pomimo większego zaangażowania w prywatny obszar życia mogą niżej oceniać własną autonomię w tym wymiarze.

Wyniki z zakresu analizy kanonicznej wskazują na złożony proces kształtowania się postrzegania autonomii, a także zasobów radzenia sobie w akceptacji niepełnosprawności. Nasilenie różnych ocen autonomii u badanych w poszczególnych wymiarach akceptacji niepełnosprawności może wskazywać na wzrost ich potrzeb w różnych obszarach funkcjonowania, w zależności od zdolności do stosowania właściwych strategii radzenia sobie, jak i mobilizowania odpowiednich zasobów. U badanych z tendencją do ograniczania skutków niepełnosprawności pojawia się skłonność do stosowania strategii radzenia sobie opartych na silnych, negatywnych emocjach, co może wskazywać na zdolność badanych do konfrontowania się z negatywnymi emocjami. E. Frankowska i K. Bargiel-Matusiewicz (2015, s. 109) na podstawie przeprowadzonych badań wskazują, że strategie, które mają charakter nieadaptacyjny jak koncentracja na emocjach lub bierność w działaniu mogą odgrywać pozytywną funkcję, przygotowując osobę do bardziej efektywnych działań zaradczych.

Na podstawie przeprowadzonych badań można przyjąć, że wysunięta hipoteza potwierdziła się. Akceptacja niepełnosprawności różnicuje charakter zależności między zasobami radzenia sobie i postrzeganiem własnej autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową. Wyniki badanych z poszczególnych grup wyłonionych na podstawie ich poziomu akceptacji niepełnosprawności w zakresie oceny poszczególnych wymiarów autonomii, a także współzależności poszczególnych strategii radzenia i zasobów radzenia sobie potwierdzają, że akceptacja niepełnosprawności zmienia charakter tych zależności.

Ustalone nasilenie postrzeganej autonomii różni się u badanych studentów z nabytą i wrodzoną niepełnosprawnością, co zostało zaakcentowane w pierwszej części podsumowania. Ponadto uchwycone zależności między radzeniem sobie oraz zasobami radzenia sobie również wykazują zróżnicowanie między studentami, ze względu na rodzaj doświadczanej niepełnosprawności. Zatem przyjęta hipoteza zakładająca różnicującą rolę rodzaju niepełnosprawności dla natężenia postrzegania autonomii, wyboru radzenia sobie, nasilenia uwzględnionych zasobów radzenia oraz zależności między tymi zmiennymi, potwierdziła się w prezentowanych badaniach.

8.5. Ograniczenia badań

Badania nad postrzeganiem autonomii studentów z niepełnosprawnością zostały przeprowadzone w paradygmacie ilościowym, co pozwoliło na określenie współzależności pomiędzy zmienną zależną, a zmiennymi niezależnymi, a także na porównanie wyników badań studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą. Zgodnie z charakterem badań ilościowych do opracowania otrzymanych wyników zostały wykorzystane statystyki, które pozwoliły na bardziej jednoznaczną ich interpretację w zakresie postrzegania autonomii studentów z niepełnosprawnością, a także zasobów radzenia sobie. Jednak badania ilościowe nie dały możliwości zbadania przekroju dynamicznego i rozwojowego postrzegania autonomii, podobnie jak przeprowadzenie ich w schemacie poprzecznym umożliwiającym jej poznanie u studiujących, młodych dorosłych z niepełnosprawnością ruchową. Konstrukcja projektu badawczego nie pozwoliła również na poznanie osobistego stosunku badanych studentów do autonomii i wartości jaką jej nadają we własnym życiu. Nie zostały także poznane mechanizmy, które w ocenie badanych mogą wzmacniać lub ograniczać rozwój autonomii.

Badania zostały przeprowadzone w oparciu o Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) w opracowaniu S. Byry i M. Dudy. Kwestionariusz powstał z myślą o ocenie rezultatów rehabilitacji osób z niepełnosprawnością ruchową, szczególnie w obszarze opieki medycznej (A Sibley i in., 2006, s. 800). Narzędzie pozwala na poznanie subiektywnej oceny funkcjonowania osób z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, ale nie uwzględnia ono funkcjonowania w roli studenta, a tym samym nie diagnozuje specyfiki funkcjonowania w sferze akademickiej. Kwestionariusz bada ocenę autonomii, ale bez odniesienia do uwarunkowań tkwiących w środowisku, które mogą przyczyniać się do podniesienia oceny autonomii (np.: pomoc asystenta), jak i obniżenia oceny (doświadczanie barier i trudności w środowisku akademickim). W tym zakresie należy wskazać na względne ograniczenia zastosowanego pomiaru autonomii.

Badania zostały przeprowadzone w paradygmacie biopsychospołecznym, który uwzględnia zarówno perspektywę indywidualną, jak i społeczną osób z niepełnosprawnością (por. S. Byra, M. Boczkowska, M. Duda, 2016, s. 23). W tym projekcie badawczym skoncentrowano się na czynnikach kontekstowych (strategie i zasoby radzenia sobie) związanych z postrzeganiem autonomii bez uwzględniania czynników tkwiących w środowisku studentów z niepełnosprawnością. Może to stanowić podstawę przyszłych prac badawczych dotyczących nie tylko autonomii, ale i uczestnictwa studentów z niepełnosprawnością w społeczności akademickiej.

Ograniczeniem badań jest również dobór grupy badanych, w której znaleźli się studenci z niepełnosprawnością ruchową. Grupa studentów z niepełnosprawnością ruchową nie jest grupą jednorodną. W badaniach nie znalazło się miejsce na charakterystykę postrzegania własnej autonomii przez badanych o różnym stopniu niepełnosprawności, a także o różnych specyficznych problemach wynikających ze sposobu poruszania się badanych. Tym samym nie zostały w badaniach dokładnie poruszone i opisane zagadnienia związane z asystentem osoby z niepełnosprawnością, od relacji z którym również może zależeć postrzeganie autonomii przez badanych. Przedstawione wyniki badań dostarczają charakterystyki postrzegania autonomii przez studentów z niepełnosprawnością ruchową jako grupy, zgodnie z tematem niniejszej dysertacji.

Rezultaty badań w zakresie zależności pomiędzy zmienną zależną w postaci postrzegania autonomii a zmiennymi niezależnymi w postaci zasobów radzenia sobie cechowały się niskim dopasowaniem. Ponadto względnie niski procent wyjaśnianej

wariancji poszczególnych wymiarów autonomii przez uwzględnione zmienne niezależne, wskazują na przypuszczalne znaczenie innych czynników, można sądzić, że odgrywają one nieco większą rolę w kształtowaniu autonomicznego funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością w społeczności akademickiej.

Wymienione ograniczenia badań wskazują na konieczność przeprowadzenia kolejnych pogłębionych analiz w zakresie postrzegania autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową. Możliwe kierunki przyszłych rozbudowanych analiz mogą odnosić się do następujących obszarów problematycznych:

- autonomia studentów z niepełnosprawnością w kontekście sukcesów (niepowodzeń) akademickich,
- autonomia studentów z niepełnosprawnością ruchową poruszających się na wózkach,
- uwarunkowania środowiskowe autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową,
- autonomia osób z niepełnosprawnością w kontekście korzystania ze wsparcia asystenta osoby z niepełnosprawnością,
- subiektywne znaczenie autonomii dla studentów z niepełnosprawnością ruchową,
- uwarunkowania rodzinne postrzegania autonomii przez studentów z niepełnosprawnością ruchową, szczególnie studentów zależnych od pomocy innych osób,
- szczególnego namysłu w kolejnych badaniach i opracowaniach naukowych wymagają poznawcze wyznaczniki autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Ograniczenia niniejszego projektu badawczego pozwalają na wytyczenie kolejnych kierunków badań w zakresie autonomii studentów z niepełnosprawnością. Niemniej pomimo opisanych ograniczeń przeprowadzone badania mają wartość zarówno poznawczą, jak i praktyczną, mogą być wykorzystane w działaniach ukierunkowanych na rzecz studentów z niepełnosprawnością ruchową w szkolnictwie wyższym.

8.6. Implikacje poznawcze przeprowadzonych badań

Studiowanie osób z niepełnosprawnością wpisuje się w nową perspektywę badawczą pedagogiki specjalnej, związaną z dorosłością, jak również z przemianami społecznymi wynikającymi z procesu inkluzji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością do masowego systemu edukacji. Niniejszy projekt badawczy wpisuje się w obszar pedagogiki specjalnej, jak również w obszar związany z funkcjonowaniem szkół

wyższych w aspekcie ich dostosowania do potrzeb studentów z niepełnosprawnością ruchową.

Badania dotyczą grupy studentów z niepełnosprawnością ruchową, co do których jest wciąż za mało badań dotyczących ich funkcjonowania w środowisku akademickim. W ostatnich latach były podejmowane badania dotyczące studentów z niepełnosprawnością ruchową i dotyczyły funkcjonowania w środowisku akademickim zwłaszcza w kontekście psychospołecznym (m.in. S. Byra, A. Żyta, 2017; S. Byra, K. Ćwirynkało, 2018). Jednak badacze m.in. T. Cierpiałowska (2009, s. 73) wskazują, że wciąż brakuje badań dotyczących tej grupy studentów. Przeprowadzone badania pozwoliły na uchwycenie podobieństw oraz różnic pomiędzy studentami z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i niepełnosprawnością nabytą. Uchwycone zróżnicowanie w zakresie zasobów radzenia sobie, a także zmiennych związanych z postrzeganiem autonomii poszerzają wiedzę dotyczącą studentów z niepełnosprawnością ruchową. Wyznaczają one również kierunek dalszych badań nad tą grupą studentów.

Problematyka badań dotyczyła własnej oceny funkcjonowania w środowisku akademickim w zakresie autonomii. Wpisuje się ona w subiektywną koncepcję niepełnosprawności badanych (G. Bręczewski, 2018, s. 27), a także jest istotna z punktu widzenia przygotowania do podejmowania przez badanych ról społecznych okresu wczesnej dorosłości. Badacze, np. J. Głodkowska i U. Gosk (2018, s. 34) i E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna (2018, s. 18) postulują myślenie o autonomii osób z niepełnosprawnością w kontekście zadań rozwojowych. W przyjętym kwestionariuszu KWAU – poszczególne wymiary autonomii dotyczą zadań rozwojowych według J. G. Havighursta. Przedstawione wymiary autonomii są zbliżone do zadań okresu wczesnej dorosłości, szczególnie R. Havighursta (za: B. Harwas-Napierała, 2012, s. 57), a tym samym pośrednio wskazują na poziom oceny własnego przygotowania do pełnienia ról społecznych w okresie wczesnej dorosłości np.: wymiary autonomii rodzinnej, finansowej, pracy i nauki, czas wolny, a także towarzyski (por. K. Palus, 2007, s. 43; L. Marszałek, 2009, s. 138). Natomiast podjęcie przez osoby z niepełnosprawnością zadań okresu wczesnej dorosłości pozwala na normalizację życia w wymiarze społecznym, zaś w wymiarze osobowym wiąże się ze wzrostem dojrzałości i rozwojem tożsamości (K. Piotrowski, 2013, s. 161).

Poznanie strategii i zasobów radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością wrodzoną i nabytą wpisuje się w postulat badaczy w zakresie tworzenia dla studentów

z niepełnosprawnością wsparcia w oparciu o model salutogenetyczny (I. Cytlak, J. Jarmużek, s. 449; M. Dell'Olio, L. Vaandrager, M. Koelen 2018, s. 76).

Podjęta problematyka jest również istotna z punktu widzenia oceny działań podejmowanych przez szkoły wyższe na rzecz studentów z niepełnosprawnością ruchową. Edukacja wyższa jest uważana za jedno z narzędzi normalizacji życia osób z niepełnosprawnością (B. Szczupał, 2010, s. 33). Na podstawie wyników badań z zakresu postrzegania autonomii studentów z niepełnosprawnością warto zwrócić uwagę na paradygmat pedagogiki specjalnej, który leży u podstaw tworzenia systemów wsparcia dla studentów z niepełnosprawnością na uczelniach wyższych w Polsce. Ich dostosowanie odbywało się zgodnie z założeniemi społecznego modelu niepełnosprawności (J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 81). Jednak badania w zakresie postrzegania autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową wskazują, że myślą oni o sobie w kategoriach modelu indywidualnego, czyli oceniają wyżej wymiary autonomii związane z samodzielnością w czynnościach samoobsługowych i poruszaniu się. Podobne wnioski z krytycznej analizy modelu medycznego i społecznego wyciągają J. W. Lucas, M. Greenberg i K. Beavan (2018, s. 8) podkreślając, że za mało w badaniach naukowych i działaniach społecznych uwzględniono wpływu niepełnosprawności fizycznej na kształtowanie koncepcji siebie. Model społeczny pomógł w tworzeniu środowiska akademickiego dostępnego dla studentów z niepełnosprawnością. (H. Ochonczenko, M. Czerwińska, M. Garbat, 2011, s. 6). W takim ujęciu proces dostosowania uczelni oznacza koncentrację na znoszeniu barier w środowisku, zaś student z niepełnosprawnością ruchową może nie otrzymać wystarczającego wsparcia zapewniającego prawidłowy rozwój psychospołeczny.

Wprowadzenie do dyskursu wsparcia studentów z niepełnosprawnością pojęcia wyrównywania szans studentów z niepełnosprawnością w modelu biopsychospołecznym, pozwala dostrzec konieczność poszukiwania równowagi pomiędzy działaniami znoszącymi bariery w środowisku akademickim, jak również trzema poziomami funkcjonowania człowieka: sprawność organizmu (zdolność organizmu do pełnienia określonych funkcji), sprawność psychologiczna (zdolność do podmiotowego organizowania własnego działania), sprawność społeczna (zdolność do podejmowania działań zespołowych) (R. J. Kijak, 2013, s, 11). Na potrzebę dostrzegania osoby studenta, a także wzmacniania jego zdolności radzenia sobie wskazywano już wcześniej w literaturze przedmiotu (T. Cierpiałowska, 2009, s. 65;

M. Parchomiuk, 2010, s.26; I. Cytlak, J. Jarmużek, 2017, s. 439). Niemniej zagadnienie wciąż wymaga weryfikacji empirycznej.

Model biopsychospołeczny pozwala spojrzeć kompleksowo na konieczność budowania wsparcia na uczelniach wyższych z uwzględnieniem zarówno działań mających na celu dostosowanie środowiska akademickiego, jak również form wsparcia o charakterze indywidualnym, których celem jest rozwój studenta z niepełnosprawnością, w tym jego autonomii, a także radzenia sobie i jego zasobów. W kontekście wyników badań niniejszego projektu badawczego (niskiej oceny wymiarów autonomii związanych ze społecznym uczestnictwem) warto spojrzeć kompleksowo na edukację studentów z niepełnosprawnością ruchową. Pojęcie insercji przekracza pojęcie dostosowania uczelni do potrzeb studentów z niepełnosprawnością, ponieważ zakłada ono również oddziaływanie na każdego członka społeczności akademickiej, jak również na wzmacnianie zasobów radzenia sobie studentów z niepełnosprawnością (A. Fidelus, 2011, s. 90). Działania insercyjne wzmacniają kapitał emancypacyjny studentów z niepełnosprawnością wynikający z edukacji na poziomie wyższym, a tym samym zwiększają one szanse na uczestnictwo w życiu społeczności, w której będą funkcjonowali po zakończeniu studiów (E. Giermanowska i in., 2015, s. 22). Dostrzeżenie i rozwijanie autonomii studentów z niepełnosprawnością pozwala również na przygotowanie tej grupy osób do aktywnego tworzenia oryginalnego wkładu w życie społeczne (S. Kowalik, 2018, s. 329).

Podstawą do przygotowania przez uczelnię działań o charakterze insercyjnym, których celem jest wzmacnianie autonomii studentów z niepełnosprawnością stanowią wyznaczniki zawarte w tabeli nr 96. Określają one obszary działań insercyjnych, zarówno wzmacniające zasoby wewnętrzne studentów z niepełnosprawnością, jak i kształtujące elementy środowiska akademickiego, przyczyniające się do wzrostu autonomii studentów z niepełnosprawnością. W tym projekcie badawczym podstawą rozumienia autonomii jest zdolność do podejmowania decyzji. Badacze A. K. Shogren i współpracownicy (2019, s. 146) wskazują na konieczność określania obecnych i przyszłych wymagań związanych z procesem decyzyjnym, tak by promować samookreślenie osoby. Szczególnego namysłu w kolejnych badaniach i opracowaniach naukowych wymagają poznawcze wyznaczniki autonomii w kontekście akademickim. Na znaczenie osobowościowych i instrumentalnych wyznaczników autonomii dla rozwoju osób z niepełnosprawnością ruchową wskazuje m.in. M. L. Wehmeyer, M. Agran, C. Hughes (1998), H. Ochonczenko (2005, s. 53), B. Olszak-Krzyżanowska

(2008, s. 211), A. de Cesarei (2015, s. 669), N. Yazdani, F. Yazdani, L. Nobakht (2016, s. 710). Natomiast na znaczenie szacunku i akceptacji wyrażanych przez otoczenie osobom z niepełnosprawnością wskazują J. Kirenko i M. Korczyński (2008, s. 34), E. M. Minczakiewicz (2012, s. 279), A. Kieszkowska (2015, s. 170), którzy podkreślają ich wpływ na poczucie bezpieczeństwa, własnej wartości oraz samoakceptacji, jak również kształtujących właściwe relacje obu stron, uczestniczących w wymianie wsparcia i inkluzji społecznej.

Tab. 96. *Kształtowanie autonomii studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim **

	Wyznaczniki autonomii		
	Osobowościowe	**Instrumentalne**	**Efekty kształcenia**
STUDENT	**Poznawcze** samoświadomość samoakceptacja wysoka samoocena poczucie pewności	**Umiejętności społeczne** - empatia - komunikowanie się - wgląd społeczny **Umiejętności radzenia sobie** - poszukiwanie informacji - bezpośrednie działanie - powstrzymywanie się od działania - zwracanie się do innych o pomoc - stosowanie właściwych strategii radzenia sobie **Umiejętność korzystania ze wsparcia** - emocjonalnego - informacyjnego - instrumentalnego - wartościującego	podmiotowość indywidualność samorealizacja autorewalidacja autentyczność self-adwokatura
	Postawy w środowisku akademickim	**Aktywności rozwijające umiejętności**	**Efekty**
SPOŁECZNOŚĆ	- akceptująca - empatyczne zrozumienie - wyzwalające - przekazujące wartości Wsparcie społeczne - informacyjne - wartościujące - emocjonalne - instrumentalne	- obowiązki akademickie - kontakty społeczne - szkolenia rozwijające potencjał studentów z niepełnosprawnością	przystosowanie uczestnictwo emancypacja wkład społeczny

*Tabela została opracowana w oparciu o wykres W. Pileckiej i J. Pileckiego (1996, s. 37) dotyczący wyznaczników rozwoju autonomii dziecka z niepełnosprawnością

Wzrost autonomii u studentów z niepełnosprawnością wiąże się również z rozwojem poczucia podmiotowości i indywidualności (B. Szczupał, 2009, s. 172), samorealizacji (A. Maslow, 2006, s. 98), autorewalidacji (A. Krause, 2003, s. 168), autentyczności (K. Dąbrowski, 1981, s. 53), self-adwokatury (National Council on Disability, 2004, s. 8). Tym samym osoby z niepełnosprawnością mogą osiągnąć

wysoki poziom autonomii, a także rozwijać w pełni własną osobowość, otwartą na doświadczanie własnego organizmu, traktując go jako ważne źródło wrażliwości życiowej, coraz bardziej akceptującą, która uczestnicząc w życiu ciągle odkrywa nowe aspekty siebie (C. Rogers, 2002, s. 159).

Natomiast w wymiarze społecznym autonomia staje się podstawą przystosowania do środowiska akademickiego i uczestnictwa (G. Dryżałowska, 2015, s. 44), emancypacji osób z niepełnosprawnością (M. Czerepaniak-Walczak, 2006, s. 20), a także wkładu społecznego. S. Kowalik (2018, s. 329) podkreśla znaczenie prowadzenia badań w zakresie wkładu osób z niepełnosprawnością w życie społeczne, ponieważ do tej pory badania naukowe były prowadzone jednokierunkowo, gdyż koncentrowały się głównie na trudnościach osób z niepełnosprawnością w życiu społecznym, a także działaniach o charakterze integracyjnym i włączającym.

Realizując działania insercyjne mające na celu rozwijanie autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową w konsekwencji zwiększamy szanse na uczestnictwo studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim, a tym samym na integrację i włączenie, które nie polegają wyłącznie na pełnieniu przez tę grupę studentów z niepełnosprawnością obowiązków akademickich, ale wiążą się ze zmianą postaw u wszystkich członków społeczności akademickiej, przyczyniając się do powstania nowej społeczności, opartej na dążeniu do rozwoju i doskonałości (J. Kirenko, 2016, s. 40).

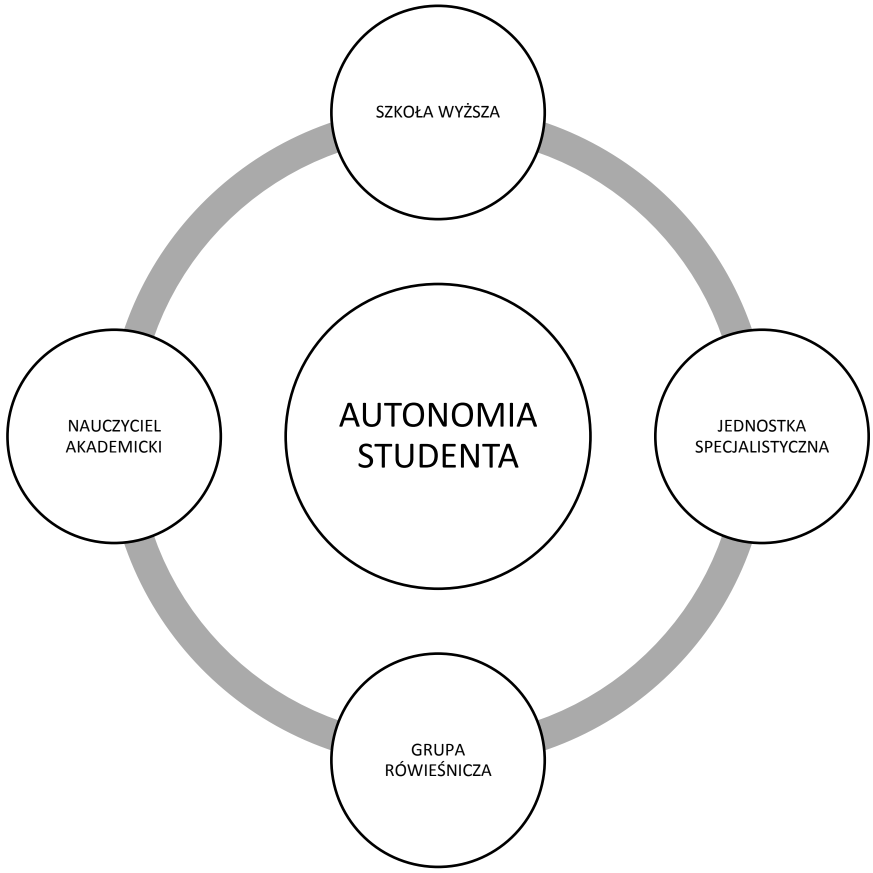
Przedstawione implikacje teoretyczne w kolejnej części rozdziału zostaną poszerzone o model działań, którego wdrażanie w środowisku akademickim może przyczynić się do rozwoju autonomii studentów z niepełnosprawnością.

8.7. Model działań w środowisku akademickim wspierający autonomię studentów z niepełnosprawnością – implikacje praktyczne przeprowadzonych badań

Celem działań insercyjnych podejmowanych przez uczelnie wyższe jest rozwijanie autonomii studentów z niepełnosprawnością. Autonomia jest podstawą uczestnictwa studentów w społeczności akademickiej. Dlatego realizacja tego celu wymaga zastosowania pojęcia społeczności uczącej się. Przy czym należy zwrócić uwagę, że podstawą wdrażania działań insercyjnych są zasady dobrowolności, a także

celowości, wynikające z rozwoju autonomii studentów z niepełnosprawnością i postaw integracyjnych w środowisku akademickim. W praktyce oznacza to promowanie aktywnego podejścia do radzenia sobie z trudnościami, a także przyszłej samodzielności (L. Chernyak-Hai, S. Halabi, 2018, s. 798).

Zastosowanie pojęcia organizacji uczącej się do kształcenia studentów z niepełnosprawnością oznacza zaangażowanie wszystkich członków społeczności akademickiej w podnoszenie jakości kształcenia studentów z niepełnosprawnością. Koncepcję tę można również poszerzyć właśnie o rozwijanie autonomii studentów z niepełnosprawnością. Dlatego ważne jest zrozumienie wkładu w rozwijanie autonomii studenta z niepełnosprawnością poszczególnych ogniw środowiska akademickiego: szkoły wyższej, nauczycieli akademickich, grupy rówieśniczej, jednostki specjalistycznej (działającej na rzecz studentów z niepełnosprawnością). Poszczególne ogniwa zostały zaprezentowane w schemacie nr 1.



Schemat 1. *Ogniwa akademickiej społeczności uczącej się rozwijające autonomię studentów z niepełnosprawnością*

Źródło: opracowanie własne (por. K. Skalska, 2019, s. 184)

Celem działań społeczności uczącej się jest autonomia studenta z niepełnosprawnością, która jest rozumiana, jako prawo do wewnętrznej wolności i ponoszenia odpowiedzialności za własne zachowanie w różnych obszarach społecznego uczestnictwa. Praktycznie w procesie nauczania i wychowania autonomia jest realizowana zgodnie z zasadą samodzielności studenta w myśleniu (samodzielne rozwiązywanie problemów) i działaniu. Wyraża się także w respektowaniu naturalnych skłonności studentów do działania, a także tworzenia warunków do stymulowania i rozwoju samodzielności myślenia i działania (por. A. Popławska, 2001, s. 26), wiąże się więc z odpowiedzialnością za proces nabywania wiedzy. Odpowiedzialności przejawiajacej się zarówno w sferze społeczno-emocjonalnej, jak i w sferze poznawczej, przyczyniającej się do pozytywnego nastawienia oraz rozwijania zdolności do refleksji nad treścią i samym procesem uczenia się (D. Little, 1995, s. 175; M. L. Wehmeyer, M. Agran, C. Hughes, 1998; E. L. Deci, R. M. Ryan, 2016, s. 17; M. Maldonado-Sánchez i in., 2019, s. 432).

Wkład poszczególnych ogniw społeczności uczącej się w rozwijanie autonomii studenta z niepełnosprawnością:

1. Autonomia szkoły wyższej

W sensie pedagogicznym autonomia szkoły wyższej zorientowana jest na indywidualność studenta, wyrażającą się w jego potrzebach, zainteresowaniach, uzdolnieniach. Szkoła autonomiczna posiada następujące cechy: zorientowanie na prawo do życia, respektowanie godności każdego podmiotu edukacji, otwartość na różne grupy społeczne, gwarancja dobrowolności w stosowaniu metod i środków nauczania, suwerenność uczenia się (określone formy zajęć mają charakter dobrowolny), samoregulacja konfliktów społecznych, wartościowanie procesu uczenia się z uwzględnieniem samooceny, tworzenie grup zadaniowych z uwzględnieniem preferencji studentów, współdecydowanie studentów o polityce edukacyjnej szkoły wyższej, uwzględnianie w treściach programowych globalnych problemów ludzkości (por. B. Śliwerski, 2012, s. 20).

2. Autonomia grupy rówieśniczej

Obecność studentów z niepełnosprawnością w działaniach w grupie rówieśniczej pozwalają na realizację autonomii w zakresie rozwijania kompetencji społecznych, zaś dla pełnosprawnych studentów istotne jest rozwijanie wyobraźni narracyjnej, która wiąże się ze zdolnością zrozumienia drugiej osoby (M. C. Nussbaum, 2008, s. 84). Natomiast B. Śliwerski (2010b, s. 135) dodaje, że celem edukacji wyższej

jest wychowanie liderów, którzy w przyszłości będą działać na rzecz społeczeństwa. Autonomia studentów z niepełnosprawnością w grupie rówieśniczej wzmacnia kształcenie studentów w wymiarze społecznym, a tym samym przygotowuje ich do tworzenia unikalnego wkładu w życie społeczne (S. Kowalik, 2018, s. 329).

3. Autonomia nauczyciela akademickiego

Strategiczną rolę w edukacji pełni nauczyciel, którego praca ma charakter twórczy. Jej celem jest przygotowanie studenta do spotkania z przyszłością. Autonomia nauczyciela wyraża się w niezależnym wykonywaniu zawodu, które jest wyzwolone z przepisów zewnętrznie narzuconej roli, a opiera się na indywidualnej odpowiedzialności, jak również reinterpretacji treści pedagogicznych według najnowszych osiągnieć nauki, własnych przekonań i uznawanego systemu wartości. Na gruncie praktycznym jest realizowana przez dialog, poszukiwanie płaszczyzn porozumienia, a także twórczej i partnerskiej działalności. Wyrazem autonomii nauczyciela są innowacyjne inicjatywy, których celem jest zmiana systemu wychowawczego danej szkoły (por. A. Popławska, 2001, s. 31).

4. Autonomia w działaniach jednostki specjalistycznej działającej na rzecz studentów z niepełnosprawnością

Jednym z obszarów działania takich jednostek jest działalność poradnicza, której znaczenie podkreślają M. Temple i współpracownicy (2015, s. 55). W zakresie pracy poradniczej ze studentem z niepełnosprawnością należy podkreślić możliwość wykorzystywania do planowania i realizowania działań o charakterze insercyjnym. Kwestionariusz Wpływu na Uczestnictwo i Autonomię (KWUA) w opracowaniu S. Byry i M. Dudy pozwala na diagnozę autonomii studenta z niepełnosprawnością w różnych wymiarach jego funkcjonowania. Może stanowić zarówno podstawę wywiadu ze studentem, przy określeniu jego potrzeb w zakresie funkcjonowania w środowisku akademickim, jak również określaniu celów w zakresie rozwijania autonomii w jej różnych wymiarach. Kwestionariusz poszerza spojrzenie na edukację wyższą studentów z niepełnosprawności nie ograniczając funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością do rynku pracy, ale również kładąc nacisk na inne wymiary psychospołecznego funkcjonowania. Trzeba również zwrócić uwagę, że na każdym etapie edukacji wyższej inne wymiary autonomii mogą wymagać większej uwagi po stronie studenta z niepełnosprawnością.

Przygotowanie do rozwoju autonomii studentów z niepełnosprawnością w szkole wyższej odbywa się już w procesie tranzycji ze szkoły średniej. Dlatego

istotne jest rozwinięcie u uczniów szkół średnich następujących kompetencji: umiejętności życiowych (np.; zarządzanie finansami osobistymi), umiejętności komunikacyjnych, świadomości własnej kariery, a także umiejętności związanych z samostanowieniem (self-adwokatura, umiejętność stawiania celów) (National Council on Disability, 2004, s. 8). Natomiast w zakresie zasobów wewnętrznych istotne jest rozwinięcie wysokiego poziomu optymizmu u uczniów szkół średnich, takie działanie może być pomocne w rozwoju sieci społecznych zwiększającej ich zdolności adaptacyjne (M. Dawson, J. A. Pooley, 2013, s. 45).

Na początku studiów w zakresie rozwijania autonomii należy określić możliwe bariery, które mogą przyczynić się do jej ograniczenia. Istotne na tym etapie jest również określenie poziomu autonomii studenta, szczególnie w zakresie mobilności, a także pielęgnacyjnym. Wsparcie w tych wymiarach autonomii przyczynia się do wyrównywania szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnością, a tym samym stanowi podstawę do rozwijania innych wymiarów autonomii. Należy podkreślić, że na tym etapie studenci z niepełnosprawnością stają przed zadaniem adaptacji do środowiska akademickiego, co wiąże się z naruszeniem ich dotychczasowej równowagi w funkcjonowaniu (S. Byra, M. Parchomiuk, 2009, s. 25). Dlatego warto również inicjować działania tworzące system wsparcia studenta w społeczności akademickiej, który pozwoli mu na korzystanie ze wsparcia informacyjnego, instrumentalnego i emocjonalnego.

Na etapie kontynuacji studiów autonomia studentów z niepełnosprawnością nabiera szczególnego znaczenia poza wymiarem pracy zawodowej i nauki, również w wymiarze czasu wolnego i towarzysko-interpersonalnego. Świadome działania studentów w tych wymiarach autonomii przyczyniają się do rozwijania kompetencji społecznych studentów z niepełnosprawnością, a także do poszerzania zainteresowań oraz budowania systemu wsparcia społecznego, który pozwoli na zbudowanie kapitału społecznego, ułatwiającego funkcjonowanie studentów już po zakończeniu studiów (por. T. Masłyk, 2019, s. 348).

Etap kończenia studiów oznacza konieczność przygotowania się przez studentów z niepełnosprawnością do autonomicznego funkcjonowania we wszystkich wymiarach społecznego uczestnictwa. Dlatego istotne jest rozwijanie świadomości w zakresie realistycznych planów życiowych, oceny własnych zasobów w poszczególnych wymiarach autonomii przy uwzględnieniu posiadanych możliwości i ograniczeń. W przypadku studentów z niepełnosprawnością ruchową trzeba więc

dostrzec konieczność przygotowania do samodzielnego funkcjonowania, nie tylko w aspekcie autonomii pracy zawodowej, ale również w innych wymiarach autonomii takich jak: rodzinnym, finansowym, czasu wolnego i towarzysko-interpersonalnym. Dodatkowo trzeba podkreślić, że autonomia jest również jedną z kompetencji, które są poszukiwane na rynku pracy, ponieważ zwiększają one między innymi: poczucie dobrostanu, zaangażowanie w pracę, satysfakcję z niej, a także pozytywne zachowania w pracy (G. R. Slemp i in., 2018, s. 711).

Należy podkreślić, że celem form wsparcia proponowanych na uczelniach, obok wyrównania szans edukacyjnych jest również rozwijanie autonomii studentów z niepełnosprawnością. Uczelnia stoi przed zadaniem wypracowania spójnego programu w zakresie zasad wspierania studentów z niepełnosprawnością, którego znajomość może stać się częścią wiedzy pracowników. Pracownicy dysponując wiedzą o dostępnych formach wsparcia i zasadach ich realizacji, lepiej rozumieją, że studentów z niepełnosprawnością obowiązują takie same zasady w zakresie wymagań akademickich, jak studentów pełnosprawnych (Z. Gajdzica, 2015, s. 221).

Na podstawie przeprowadzonych badań, a także literatury przedmiotu wydaje się, że istnieje potrzeba by autonomia studentów z niepełnosprawnością ruchową stała się zasadą, wokół której organizowane są inne zasady wsparcia studentów z niepełnosprawnością. Szczególnie istotną formą wsparcia proponowaną tej grupie studentów jest asystent dydaktyczny (B. N. Hedrick i in., 2012, s. 161; A. Szczesiul, 2017, s. 86, J. Sztobryn-Giercuszkiewicz, 2018, s. 128), co wiąże się z koniecznością ukierunkowanie wsparcia asystenta, w kierunku zwiększania autonomii i uczestnictwa studentów w życiu akademickim.

Obok działań mających na celu rozwój autonomii studentów z niepełnosprawnością konieczne są również oddziaływania, których zadaniem jest rozwijanie zasobów radzenia sobie. Na podstawie uzyskanych wyników badań szczególnie ważnym zasobem jest samoakceptacja, ponieważ jej niski poziom przyczynia się do nadmiernej koncentracji studentów na wartości niezależności, nie zaś autonomii, która pozwala na rozwój podmiotowości. Podejmowanie działań, w których rozwijana jest autonomia studentów z niepełnosprawnością w modelu biopsychospołecznym ma tę zaletę, że wsparcie jest elastycznie dostosowywane do indywidualnych potrzeb studenta. Wsparcie nieadekwatne w konsekwencji prowadzi do wyuczonej bezradności, a tym samym do nieumiejętności radzenia sobie z różnymi sytuacjami w życiu dorosłym (M. Bełza, 2017, s. 37).

Model działań insercyjnych w zakresie wspierania rozwoju autonomii studentów z niepełnosprawnością zakłada obok wiedzy dotyczącej niepełnosprawności, uczestniczenie w kulturze stworzonej na podstawie modelu organizacji uczącej się. Organizacja ucząca się oparta jest o następujące kategorie poznawcze:

1. mistrzostwo osobiste – wiąże się ono z ciągłym dążeniem do doskonalenia się poszczególnych członków społeczności,
2. modele myślenia – umiejętność analizy, odrzucanie lub zmiany zakorzenionych w nas przekonań,
3. wspólna wizja – jasno sformułowany i konkretny cel organizacji, który jest znany wszystkim członkom społeczności, skłaniający do ciągłego uczenia się,
4. zespołowe uczenie się – podkreślenie roli zespołów, które mają większy potencjał intelektualny niż pojedyncze jednostki,
5. myślenie systemowe, czyli zdolność myślenia w kategoriach całego procesu, zjawiska, czy faktycznie struktur (B. Skotnicka, 2017, s. 78).

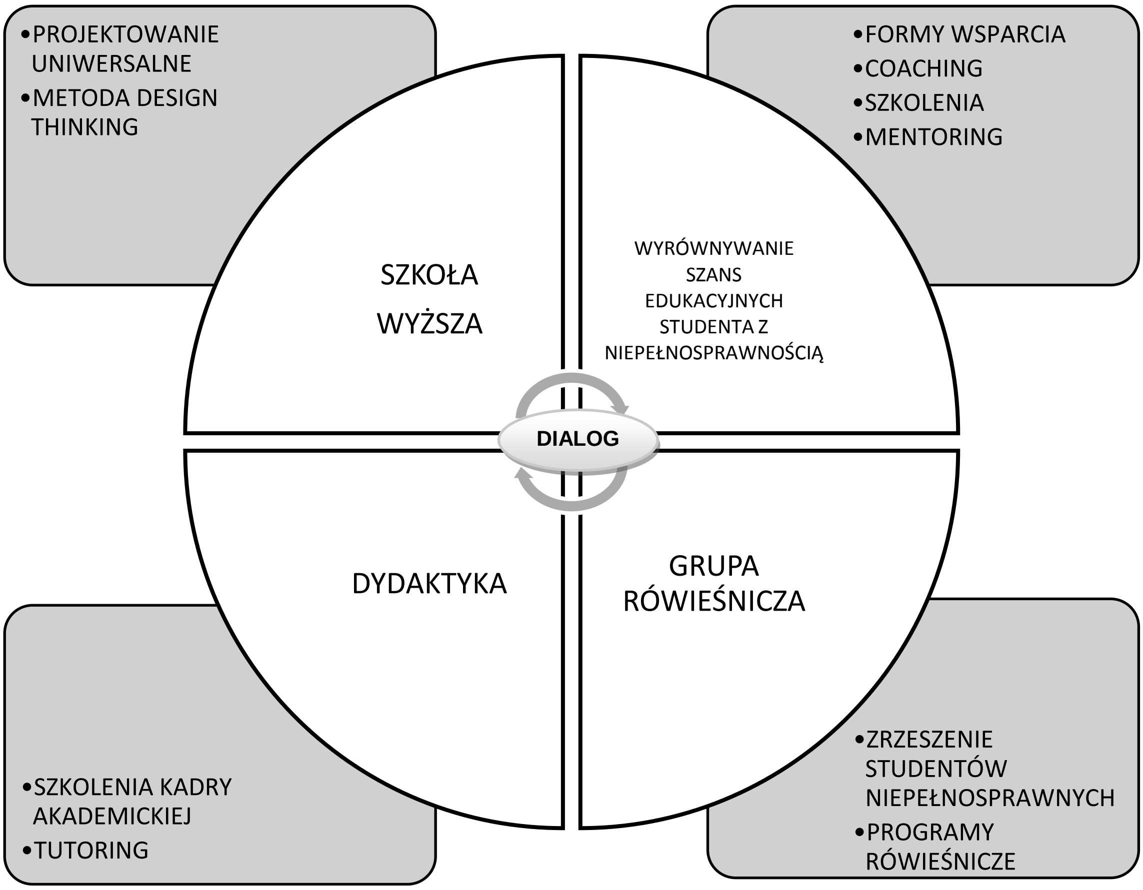
Mistrzostwo osobiste oznacza wykorzystanie w pracy społeczności akademickiej myśli M. Grzegorzewskiej. Na znaczenie jej dorobku w tworzeniu właściwego klimatu społeczno-wychowawczego szkoły wskazuje B. Szczupał (2016, s. 9). Twórczyni podstaw pedagogiki specjalnej w Polsce stawia przed nauczycielami następujące zadanie: „poszukiwania prawdy w imię dobra społecznego, któremu ma służyć. Właśnie w myśl tego nauczyciel powinien się zespalać z innymi pracownikami w tej dziedzinie, korzystać z ich doświadczeń, z ich pracy, twórczości. Wspólne narady, informacje, zapytania, wyjaśnienia, wspólne analizowanie pewnych zagadnień mogą pomóc nauczycielowi w korygowaniu błędów i obraniu odpowiedniej drogi pracy” (M. Grzegorzewska, 1989, s. 42).

Modele myślowe w zakresie edukacji studentów z niepełnosprawnością oznaczają myślenie w kategoriach modelu biopsychospołecznego, który zakłada konieczność uwzględnienia różnych wymiarów kształtowania autonomii w edukacji studentów z niepełnosprawnością. Założenia modelu biopsychospołecznego, jak również kształowanie w oparciu o niego autonomię wspomogą proces eliminowania z edukacji na poziomie wyższym stereotypów wobec osób z niepełnosprawnością, a także pytania o zasadność ich edukacji. W takim ujęciu następuje rekonstrukcja, która otwiera szkołę wyższą na różne grupy studentów z niepełnosprawnością prowadząc do poszukiwania adekwatnych decyzji i rozwiązań (G. Dryżałowska, 2019, s. 43).

Wspólna wizja uczestniczenia studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim tworzy świadomość dotyczącą znaczenia edukacji osób z niepełnosprawnością, a także jej wpływu na autonomię studentów z niepełnosprawnością. Zakłada dostarczenie studentom z niepełnosprawnością możliwości pełnego rozwoju własnej indywidualności na etapie studiów, z uwzględnieniem ich autonomii. Udział studentów we wspólnocie akademickiej, która promuje wartości wyższe przyczynia się do odkrywania przez studenta zarówno pełnosprawnego, jak i z niepełnosprawnością własnej podmiotowości, a także podmiotowości innych ludzi, co w konsekwencji rodzi płaszczyznę dialogu (M. Wędzińska, 2018, s. 191). Ponadto należy dodać, że bliskość społeczna, która oznacza bliskie relacje z osobami z niepełnosprawnością ma znaczący wpływ na zmiany postaw wobec tej grupy społecznej (K. F. Bean, J. Hedgpeth, 2014, s. 51), a także pełni dodatkową rolę w zakresie poszerzania kompetencji społecznych studentów pełnosprawnych o zdolność budowania bliskich relacji z osobami z niepełnosprawnością.

Zespołowe uczenie się wyraża zdolność do twórczej wymiany doświadczeń pomiędzy członkami społeczności akademickiej. Na podstawie badań zespołowe uczenie się w zakresie społecznego uczestnictwa studentów z niepełnosprawnością oparte jest na rozwoju zasobów podmiotu (psychologicznych i społecznych), jak również poszerzaniu oraz modyfikowaniu zasobów w otoczeniu czyli inwestowaniu w otoczenie (H. Sęk, A. Brzezińska, 2010, s. 761).

Myślenie systemowe zakłada świadome kształtowanie środowiska, które pozwala na równe uczestnictwo w nim wszystkich członków społeczności akademickiej. Korzystanie z dostępnych metod w różnych obszarach funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością, pozwala na realizację tego celu poprzez stworzenie możliwości potencjalnego zaangażowania wszystkich stron zainteresownych dialogiem i zmianami wynikającymi z niepełnosprawności. Wdrożenie działań insercyjnych wymaga zastosowania następujących metod pracy (schemat nr 2).



Schemat 2. *Metody pracy wspierające rozwój autonomii studentów z niepełnosprawnością w edukacji wyższej*

Źródło: opracowanie własne

Podstawą wszystkich wdrażanych metod jest dialog, który jest również narzędziem pracy nauczyciela akademickiego wynikającym z tradycji uniwersyteckiej (D. Pauluk, 2011, s. 9). To właśnie on wzmacnia relacje dydaktyczne, a także współpracę pomiędzy różnymi członkami społeczności akademickiej. Dialog jest miejscem przygotowania studentów do uczestniczenia w demokratycznym społeczeństwie. Wiąże się on z przestrzeganiem zasady podmiotowości, która zakłada, że każda osoba jest jedyna i niepowtarzalna, a także ma prawo do godności i szacunku, będąc jednostką myślącą i czującą, jak również mającą prawo do błędu, ponieważ jest wolna i odpowiedzialna (M. Śnieżyński, 2011, s. 55). Nauczyciel akademicki może być

mistrzem, przewodnikiem lub partnerem, a tym samym przygotowuje każdego studenta, w tym także studenta z niepełnosprawnością do uczestnictwa w życiu społecznym (M. Noga, S. Trusz, 2007, s. 66; M. Śliwerski, 2010b, s. 142). Natomiast T. Cierpiałowska (2009, s. 189) podkreśla, że dialog ze studentem z niepełnosprawnością oznacza możliwość ewaluacji procesu dydaktycznego, a także wspólne poszukiwanie rozwiązań, które podnoszą jakość studiowania tej grupy studentów.

Dialog jest więc podstawową metodą wykorzystywaną we wszystkich obszarach funkcjonowania studentów z niepełnosprawnością. Jednak normalizacja kształcenia wymaga również metod, których dobór zależy od specyfiki funkcjonowania poszczególnych wymiarów edukacji wyższej:

1. w środowisku akademickim – celem działań jest tworzenie przestrzeni dostępnej, a także zaangażowanie różnych członków społeczności akademickiej w znoszenie barier:

- projektowanie uniwersalne – podkreśla rolę wdrażania elementów integracyjnych na etapie projektowania, zarówno przestrzeni, jak również zajęć akademickich i usług administracyjnych (C. Funckes, 2010, s. 11);

- Design Thinking – wykorzystanie myślenia projektowego w celu znoszenia barier w środowisku akademickim. Z jednej strony stosowanie tej metody może przyczynić się do wygenerowania różnych, nowych rozwiązań, zaś z drugiej strony jest konstruktywną metodą nauki: motywacji do odkrywania, otwartości na nowe pomysły, kreatywności i kompetencji metapoznawczych (A. Scheer, Ch. Noweski, Ch. Meinel, 2012, s. 8)

2. w obszarze dydaktyki – celem jest wspieranie rozwoju intelektualnego studentów z niepełnosprawnością, a także przygotowanie do uczestniczenia w demokratycznym społeczeństwie:

- szkolenia dla kadry pracowniczej, które dostarczają wiedzy o potrzebach studentów z różnymi rodzajami niepełnosprawności, a także pozwalają na dostosowanie do nich poszczególnych elementów zajęć akademickich, a także kształtowanie właściwych postaw wobec studentów z niepełnosprawnością (prowadzenie zajęć, dostosowane materiały, ocenianie, włączanie w prace grupowe) (J. Redpath i in., 2013, s. 1347; L. Kendall, 2016, s. 6).

- tutoring – metoda, która ma indywidualny charakter, ponieważ polega ona na podążaniu za studentem. Wzorzec rozwoju w tej relacji jest określony przez

potencjał, talenty i słabe strony studenta, który również samodzielnie określa kierunek własnego rozwoju (E. Musiał, 2013, s. 56);

3. grupa rówieśnicza – celem jest rozwój społeczny studentów z niepełnosprawnością, szczególnie w zakresie odpowiedzialności za własny rozwój:

- Zrzeszenie Studentów Niepełnosprawnych – uczestniczenie na równych prawach studentów pełnosprawnych i z niepełnosprawnością, integracja z rówieśnikami w celu tworzenia uczelni dostępnej dla wszystkich członków społeczności akademickiej. Rozwijanie przekonania, że osoba z niepełnosprawnością jest kreatorem w społeczności akademickiej, a także jest świadoma własnych praw i obowiązków (J. Kirenko, A. Bieganowska-Skóra, 2018, s. 194). Studenci z niepełnosprawnością mogą podejmować działania o charakterze informacyjnym, szkoleniowym, integracyjno-normalizacyjnym, jak również sportowo-rehabilitacyjnym (K. Osóbka, 2013, s. 247). W świetle badań zaangażowanie w działalność społeczną jest ważnym aspektem rozwoju nastolatków i młodych dorosłych, a także pozytywnie koreluje z postawą obywatelską i działalnością wolontarystyczną. Dodatkowo taki rodzaj aktywności pozwala na przewidywanie równoczesnego rozwoju kompetencji akademickich, społecznych i przywódczych u osób podejmujących działalność o charakterze społecznym (J. Obradović, A. S. Masten, 2007, s. 15);
- programy wdrażane przez uczelnie mające na celu zrozumienie potrzeb studentów z niepełnosprawnością przez grupę rówieśniczą, co w konsekwencji pozwoli na lepsze zaspokojenie społecznych potrzeb studentów (M. Papasotiriou, J. Windle, 2012, s. 945).

4. wyrównanie szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnością – celem jest wsparcie studentów z niepełnosprawnością w wykonywaniu obowiązków akademickich, a także rozwój autonomii studentów:

- formy wsparcia – dobierane indywidualnie do potrzeb studenta, z uwzględnieniem jego potrzeb wynikających z niepełnosprawności, przy jednoczesnym uwzględnienieniu perspektywy radzenia sobie po zakończeniu studiów (L. Chernyak-Hai, S. Halabi, 2018, s. 798);
- coaching – polega na wspieraniu studentów w ich samodzielnym wyjaśnianiu i szukaniu nowych rozwiązań. W procesie coachingowym student sam określa własne cele, do których dąży. Ekspert udziela tylko i wyłącznie asekuracyjnego wsparcia (J. Surzykiewicz, 2013, s. 58). Na znaczenie coachingu we wspieraniu rozwoju studentów z niepełnosprawnością zwracają uwagę P. Dawson, R. Guare (2012), a także M. R. T. Kennedy (2017);

- szkolenia – wspieranie rozwoju studentów w zakresie zdolności do podejmowania decyzji (A. K. Shogren i in., 2019, s. 146), osobowościowych i instrumentalnych wyznaczników autonomii (tab. 96), zasobów radzenia sobie (P. Chlebowski, M. Bilewicz, 2016, s. 24), jak również rozwoju kompetencji wspierających proces tranzycji na rynek pracy (P. Loprest, E. Maag, 2003, s. 19);
- mentoring – program polegający na dzieleniu się wiedzą i doświadczeniem studentów starszych roczników ze studentami młodszych lat. Badania wskazują, że takie programy mają pozytywny wpływ na obydwie strony relacji mentoringowej w postaci wzrostu kompetencji, autonomii, niezależności w pracy, rozwoju osobowości, a także samooceny i pewności siebie (D. W. Moffett, A. R. Tejeda 2014; Yüksel, E. Bahadir-Yilmaz, 2019, s. 57)

Przedstawione metody mające na celu kształtowanie autonomii studentów są przykładem kompleksowych działań, które przyczyniają się zarówno do indywidualnego rozwoju studenta z niepełnosprawnością, jak również całej społeczności akademickiej. Demokratyzacja edukacji wiąże się z partycypacją, która oznacza możliwość współdecydowania wszystkich członków społeczności akademickiej o ważnych dla danego środowiska kwestiach (por. B. Śliwerski, 2012, s. 19).

Wszystkie powyższe elementy społeczności uczącej się pozwalają na stworzenie dla studentów z niepełnosprawnością środowiska wyrównującego szanse edukacyjne, a także prowadzącego do rozwoju ich autonomii i zasobów radzenia sobie. Cel ten jest ważny nie tylko z punktu widzenia realizacji życia zgodnego z własnymi oczekiwaniami studentów, ale również z punktu widzenia społecznego. Spuścizną poprzednich pokoleń osób z niepełnosprawnością jest ustanowienie praw osób z niepełnosprawnością, zaś zadaniem dzisiejszego pokolenia jest otrzymanie uczciwego wykształcenia, które przyczyni się do odniesienia sukcesu nie tylko w sferze osobistej, ale również zawodowej i społecznej (C. A. Bowman, P. T. Jaeger, 2004, s. 19).

Zakończenie

Pojęcie autonomii ma charakter uniwersalny, ponieważ odnosi się do każdego człowieka i zabezpiecza jego poczucie wolności i godności. Autonomia jest nierozerwalnie związana z prawem jednostki do realizowania własnej podmiotowości i indywidualności w życiu społecznym (m.in. T. L. Beauchamp, J. F. Childress 1996, s. 136; P. Łuków 2005, s. 127). Jednak w przypadku osób z niepełnosprawnością autonomia nabiera szczególnego znaczenia ze względu na ograniczenia wynikające z niepełnosprawności i stanu zdrowia (A. Korzon, 2005, s. 14). Wraz z ewolucją pojęcia niepełnosprawności i akcentowaniem jej podmiotowego charakteru zaczęto dostrzegać również konieczność określania obszarów autonomii jednostki (J. Kirenko, R. Wawer, 2015, s. 41). Szczególną rolę w rozwoju autonomii osób z niepełnosprawnością pełni edukacja, która zwiększa szanse życiowe osoby z niepełnosprawnością (B. Szczupał, 2010, s. 33), a także pozwala aktywnie decydować o własnym życiu (m.in. S. Kantyka, 2002, s. 139).

Autonomia w jej różnych wymiarach pozwala studentom z niepełnosprawnością ruchową na świadome wypełnianie obowiązków wynikających z roli studenta, ponieważ wiąże się ona ze świadomością własnych ograniczeń, a jednocześnie prawem do decydowania o sobie w różnych wymiarach życia. Autonomia zakłada, że student z niepełnosprawnością potrafi podejmować decyzje, w których uwzględnia własne ograniczenia wynikające z niepełnosprawności, ale przede wszystkim potrafi realizować własne plany i zamierzenia w różnych obszarach akademickiego funkcjonowania (por. M. Cardol, B. A. de Jong, C. D. Ward, 2002, s. 972). W praktyce życia akademickiego autonomia oznacza, że student z niepełnosprawnością ruchową pomimo ograniczeń wynikających z niepełnosprawności, realizuje własne cele przygotowując się do realizacji zadań okresu wczesnej dorosłości.

Zgodnie z biopsychospołecznym modelem niepełnosprawności, realizacja autonomii studentów z niepełnosprawnością zależy zarówno od uwarunkowań podmiotowych, jak i środowiskowych (m.in. B. Pollard i in., 2009, s. 2; D. Otapowicz i in., 2016, s. 26). Osoby z niepełnosprawnością narażone są na różnego rodzaju bariery w środowisku akademickim, a tym samym ich możliwość realizowania własnej autonomii zależy również od strategii i zasobów radzenia sobie.

Celem badawczym niniejszej dysertacji było określenie charakteru zależności między zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową wrodzoną i nabytą. Badane zmienne zostały wyłonione na podstawie przeglądu literatury przedmiotu, która wskazywała na ich znaczącą rolę w zakresie wyjaśnienia postrzegania autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową (m.in. E. Kusideł, D. Podgórska-Jachnik, M. Potoczna, 2018, s. 20).

Przeprowadzona analiza regresji potwierdziła predykcyjną wartość zarówno strategii, jak i zasobów radzenia sobie. Uchwycone zależności pomiędzy zmienną w postaci postrzegania autonomii a zmiennymi niezależnymi w postaci radzenia sobie, oraz zasobami radzenia sobie cechowały się niskim dopasowaniem. Dlatego zmienne przyjęte do wyjaśnienia postrzegania autonomii tylko w ograniczonym zakresie potwierdziły ich powiązanie ze zmienną zależną. Przeprowadzone analizy wykazały również, że akceptacja niepełnosprawności różnicuje charakter zależności między zasobami radzenia sobie i postrzeganiem własnej autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową. Uzyskane wyniki inspirują do kolejnych przedsięwzięć badawczych w tym obszarze problematycznym.

Biorąc pod uwagę wyniki niniejszego projektu badawczego, a także małą liczbę opracowań w zakresie głównego problemu badawczego pracy przedstawione wnioski z badań należy przyjmować z założeniem, że wymagają one dodatkowych badań empirycznych.

Studenci z niepełnosprawnością ruchową wyżej ocenili wymiary autonomii w zakresie czynności samoobsługowych, takich jak pielęgnacja własna i mobilność związana z poruszaniem się w przestrzeni, zaś najniższy wynik osiągnęli w wymiarze czasu wolnego i finansowym. Wymiar autonomii pracy zawodowej i nauki, czyli najbardziej związany z rolą społeczną pełnioną przez studentów znalazł się również w skalach niżej ocenianych. Pomiędzy badanymi z niepełnosprawnością ruchową nabytą i wrodzoną uchwycono różnice w zakresie autonomii rodzinnej i towarzysko-społecznej. Osoby z niepełnosprawnością nabytą oceniają wyżej te wymiary autonomii.

Zarówno studenci z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą najbardziej preferują strategie radzenia sobie w postaci aktywnego radzenia sobie, planowania i pozytywnego przewartościowania, zaś najmniej preferowane są przez nich strategie w postaci zaprzestania działań i zaprzeczania. Badani z niepełnosprawnością wrodzoną bardziej niż badani z niepełnosprawnością nabytą preferują strategię radzenia sobie w postaci akceptacji.

W zakresie zasobu radzenia sobie w postaci samooceny badani studenci z niepełnosprawnością osiągnęli w zakresie jej komponentu, jakim jest samoakceptacja, wynik na poziomie niskim i przeciętnym. Natomiast ich poczucie kompetencji kształtowało się na poziomie przeciętnym i wysokim, podobnie jak poczucie własnej skuteczności, zaś nadziei podstawowej na poziomie przeciętnym.

Zarówno dla badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą, najważniejszym źródłem wsparcia jest rodzina. Szczególnie ważnymi grupami dla studentów z niepełnosprawnością w środowisku akademickim są koledzy z roku i nauczyciele akademiccy. Rodzajem wsparcia, którego studenci z niepełnosprawnością ruchową otrzymują najwięcej we własnych sieciach społecznych jest wsparcie informacyjne, a następnie emocjonalne.

Studenci z niepełnosprawnością wrodzoną odznaczają się niższym poziomem zasobów radzenia sobie (wewnętrznych i zewnętrznego) w stosunku do badanych studentów z niepełnosprawnością nabytą.

W zakresie korelacji pomiędzy zasobami radzenia sobie a postrzeganiem autonomii u badanych studentów uchwycono zarówno korelacje pozytywne, jak i negatywne. Pomiędzy zasobem radzenia sobie u badanych w postaci samoakceptacji a poszczególnymi wymiarami autonomii uchwycono korelacje o wartości ujemnej, co może wskazywać na kompensacyjną rolę oceny autonomii wobec samooceny. Zależność pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a różnymi wymiarami autonomii mają charakter dodatni, co wskazuje, że wyższe poczucie własnej skuteczności wiąże się z wyższą oceną postrzegania autonomii w jej różnych wymiarach.

W obrębie nadziei podstawowej uchwycone związki zależnościowe wskazują, że wyższy poziom nadziei podstawowej zwiększa ocenę autonomii w wymiarach autonomii towarzysko-społecznej, a także pracy zawodowej i nauki. Jednak uchwycono również związki zależnościowe o charakterze ujemnym u badanych z niepełnosprawnością nabytą wskazujące, że wyższy poziom nadziei podstawowej jest powiązany z obniżoną oceną postrzeganej autonomii w wymiarze finansowym i czasu wolnego.

Natomiast w zakresie wsparcia społecznego i oceny różnych wymiarów autonomii uchwycono zarówno korelacje o charakterze dodatnim, jak i ujemnym. Wysoki poziom wsparcia informacyjnego sprzyja niższej ocenie autonomii w wymiarze finansowym i czasu wolnego. U badanych z niepełnosprawnością wrodzoną uchwycono

również zależność negatywną w zakresie wsparcia wartościującego, którego wysoki poziom sprzyja obniżeniu oceny autonomii w zakresie pielęgnacyjnym i rodzinnym. Pozostałe rodzaje wsparcia stworzyły korelacje o charakterze dodatnim, co wskazuje na pozytywną rolę wsparcia społecznego w postrzeganiu autonomii.

Wyniki badań dowodzą, że zasobem najsilniej korelującym z postrzeganiem autonomii jest poczucie własnej skuteczności. Osiągnęło ono wartość dodatnią ze wszystkimi wymiarami postrzeganej autonomii, zarówno u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą.

W zakresie zmiennych demograficznych uchwycono zmienne różnicujące postrzeganie autonomii wśród badanych takie jak miejsce zamieszkania i wiek badanych. Studenci zamieszkujący miasta postrzegają własną autonomię znacząco wyżej w zakresie finansowym, niż studenci zamieszkujący tereny wiejskie. W zakresie wieku badanych uchwycono zależność wskazującą, że młodsi studenci zarówno z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą wyżej oceniają autonomię w wymiarze rodzinnym. U badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, zmienną która pozytywnie koreluje z postrzeganiem autonomii w wymiarze pracy zawodowej i nauki jest ocena satysfakcji ze studiów, zaś u badanych z niepełnosprawnością nabytą zmienną pośredniczącą pozytywnie korelującą z oceną autonomii w wymiarze towarzysko-społecznym, a także podskali pracy zawodowej i nauki jest wyższy rok studiów. Zarówno u badanych z niepełnosprawnością wrodzoną, jak i nabytą wyższa ocena własnej samodzielności na studiach sprzyjała wyższej ocenie różnych wymiarów postrzeganej autonomii. Stopień niepełnosprawności koreluje z postrzeganiem autonomii u badanych studentów. Niższy stopień niepełnosprawności badanych wiąże się z wyższą oceną autonomii w jej różnych podskalach.

Uzyskane wyniki dostarczają wartościowej wiedzy, ponieważ ujmują całościowo autonomię studentów z niepełnosprawnością ruchową. Istotne jest również dostrzeżenie problemu, że ta grupa studentów pomimo dostosowania środowiska akademickiego może funkcjonować w indywidualnym modelu niepełnosprawności.

Ograniczeniem niniejszych badań jest zaczerpnięcie narzędzia badawczego z praktyki rehabilitacyjnej, zaś badania prowadzono w środowisku akademickim. W toku badań poznano postrzeganie autonomii przez studentów z niepełnosprawnością ruchową, a także ich strategie i zasoby radzenia sobie, niemniej bez pogłębionego spojrzenia na specyfikę funkcjonowania w tych warunkach. Dlatego w dalszych badaniach autonomii studentów z niepełnosprawnością ruchową należałoby wyraźniej

akcentować kontekst edukacyjny, w tym doświadczanych przez tą grupę studentów barier, ale również dostępnych form wsparcia mających na celu wyrównywanie szans edukacyjnych. W kolejnych badaniach szczególnie istotne mogą okazać się badania jakościowe, które uwzględniłyby perspektywę studentów z niepełnosprawnością w ocenie ich autonomii.

Z punktu widzenia poznawczego, ale również społecznego warto w kolejnych badaniach zwrócić uwagę na osoby z niepełnosprawnością znaczną, a szczególnie te, które korzystają z pomocy innych, ponieważ ich postrzeganie autonomii ze względu na ograniczenia wynikające z niepełnosprawności i związaną z tym zależność od pomocy innych osób mogłoby wnieść wiele cennych informacji dotyczących subiektywnej oceny uczestnictwa społecznego.

Na podstawie wyników badań wydaje się ważne wykorzystanie w edukacji wyższej biopsychospołecznego modelu niepełnosprawności, który może stanowić podstawę działań o charakterze insercyjnym. Celem tego typu działań jest rozwijanie autonomii u studentów z niepełnosprawnością ruchową, jak również zwiększenie wpływu wszystkich członków społeczności akademickiej na normalizację edukacji osób z niepełnosprawnością.

Literatura

Aasterup W. (2002). Równe szanse osób niepełnosprawnych – pytanie o wolność. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 14-18.

Abreu M., Hillier A., Frye A., Goldstein J. (2016). Student experiences utilizing disability suport services in a University setting. „College Student Journal" vol. 50, nr 3, 323-328.

Adams K. S., Proctor B. E. (2010). Adaptation to College for Students With and Without Disabilities: Group Differences and Predictors. "Journal of Postsecondary Education and Disability" nr 3, 166-184.

Adorno T.W. (1978). Wychowanie po Oświęcimiu. „Znak" nr 285, 353-366.

Adyrkhaiev S., Adyrhaieva L. (2017). The infuence of adaptive physical education health and fitness of students with disabilities. „Social Welfare: Interdisciplinary Approach" vol. 2, nr 7, 96-104.

Akin D., Huang L. M. (2019). Perceptions of college students with disabilities. „Journal of Postsecondary Education and Disability" vol. 32, nr 1, 21-33.

Anacik A., Otręba A. (2010). Osoby niepełnosprawne, w tym z wyższym wykształceniem, na rynku pracy – analiza na podstawie badań własnych. W: B. Gąciarz (red.) Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej. Warszawa, 193-211.

Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as theory to guide health promotion. „Health Promotion International" vol. 1, nr 1, 11-18.

Antonovsky A. (2005). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa.

Antoszewska B. (2012). Osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym. W: K. Ćwirynkało, Cz. Kosakowski (red.) Rehabilitacja i edukacja osób z niepełnosprawnością wielozakresową. Toruń, 142-162.

Anzenbacher A. (2010). Wprowadzenie do chrześcijańskiej etyki społecznej. Kraków.

Apanowicz I. (2015). Niepełnosprawność motoryczna w chorobach reumatoidalnych w aspekcie medycznym. W: M. Bidzan, Ł. Bieleninik. A. Szulman-Wardal (red.) Niepełnosprawność ruchowa w ujęciu biopsychospołecznym. Wyzwania diagnozy, rehabilitacji i terapii. Gdańsk, 13-30.

Aquino K. C., Bittinger J. D. (2019) The self-(un)Identification of disability in higher education. „Journal of Postsecondary Education and Disability" vol. 32, nr 1, 5-19.

Arnett J. J. (2000). A theory of development from the late teens through the twentis. "American Psychologist" vol. 55, nr 5, 469-480.

Arnett J. J. (2004). Adolescence and emerging adulthood: a cultural approach. New Jersey.

Arnett J. J. (2006). Emerging Adulthood: Understanding the New Way of Coming of Age. W: Arnett J. J., Tanner J. L. (red.) Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21st Century. Washington, 3-20.

Arnett J. J., t, R. Žukauskienė, K. Sugimura (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. "The Lancet Psychiatry" vol. 2, nr 1, 569-576.

Arusztowicz B., Bąkowski W. (2001). Dziecko niepełnosprawne z dysfunkcją narządu ruchu: opis dysfunkcji, zasady leczenia, potrzeby dziecka, trudności wychowawcze, pomoc. Kraków.

Avirama A. (2000). Autonomia i zaangażowanie: dopełniające się ideały. „Acta Universitatis Nicolai Copernici. Socjologia Wychowania XIV- Nauki Humanistyczno-Społeczne" Zeszyt 339, 79-94.

Bakier L. (2009). Wartość małżeństwa w rozwoju człowieka dorosłego. W: B. Harwas-Napierała (red.) Rodzina jako wartość w rozwoju człowieka. Poznań, 25-57.

Bakier L., Harwas-Napierała B. (2016). Wzory osobowe w rozwoju człowieka. Poznań.

Banach I. (2014). Od integracji do inkluzji. O problemach integracji osób niepełnosprawnych. Zielona Góra.

Bandura A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York.

Bańka J. (1983). Ja teraz. U źródeł filozofii człowieka współczesnego. Katowice.

Barabas M. (2015). Wyuczona bezradność a zasoby osobiste osób niepełnosprawnych ruchowo. Lublin.

Barnard-Brak L., Lechtenberger D., Lan W. Y. (2010). Accommodation strategies of College students with disabilities. „The Qualitative Report" vol. 15, nr 22, 411-429.

Barnes S., Mercer G. (2008). Niepełnosprawność. Warszawa.

Bartnik Cz. (2001). Historia filozofii. Lublin.

Bartnikowska U., Żyta A. (2007). Żyjąc z niepełnosprawnością. Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Toruń.

Basińska M. A., Sołtys M., Peplińska S., Kawiecka-Dziembowska B., Kwiatkowska J., Borzyszkowska A. (2017). Zasoby osobiste – prężność i nadzieja – a elatyczność w radzeniu sobie: moderująca rola poczucia stresu. "Psychoonkologia" vol. 27, nr 3, 100-112.

Basta J. (2015). Studenci z niepełnosprawnością w percepcji pełnosprawnych rówieśników. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 187-201.

Bąbka J. (2004). Tożsamościowa perspektywa drogi ku dorosłości osób niepełnosprawnych ruchowo. W: J. Bąbka (red.) Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia. Warszawa, 125-141.

Bean K. F., Hedgpeth J. (2014). The effect of social work education and self-esteem on students' social discrimination of people with disabilities. „Social Work Education" vol. 33, nr 1, 49-60.

Beauchamp T. L., Childress J. F. (1996). Zasady etyki medycznej. Warszawa.

Beauchamp-Pryor K. (2012). Changes in the political and policy response towards disabled students in the British higher education system: a journey towards inclusion. „Scandinavian Journal of Disability Research" vol. 14, nr 3, 254-269.

Bedyńska S. Rycielski P. (2010). Kim jestem? Przeciwdziałanie stereotypizacji i stygmatyzacji osób z ograniczeniem sprawności. Warszawa.

Bee H. (2004). Psychologia rozwoju człowieka. Poznań.

Bekier L., Harwas-Napierała B. (2016). Wzory osobowe w rozwoju człowieka. Poznań.

Bełza M. (2017). Dorosłość osób niepełnosprawnych studiujących – podwójna dialektyka studiowania czyli wybrane kategorie analityczne wyjaśniające sytuację studentów niepełnosprawnych. W: M. Bełza, Z. Gajdzica, D. Prysak (red.) (Nie)łatwe drogi wchodzenia w dorosłość przez osoby z niepełnosprawnością. Cieszyn, 17-89.

Bełza M., Fajfer-Kruczek I. (2011). Społeczność akademicka wobec kształcenia studentów niepełnosprawnych. W: I. Chrzanowska, B. Jachimczak, D. Podgórska-Jachnik (red.) Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Inny wobec wyzwań współczesnego świata. Łódź, 393-401.

Bereźnicki F. (2009). Zagadnienia dydaktyki szkoły wyższej. Szczecin.

Bergier J., Tomczyszyn D., Romanowicz W. (2012). Wykorzystanie czasu wolnego osób niepełnosprawnych z obszarów wiejskich województwa lubelskiego. „Zamojskie Studia i Materiały” Zeszyt 1, nr 35, 147-157.

Berry C., Greenwood K. (2018). Beliefs in social inclusion: Invariance in associations among hope, dysfunctional attitudes, and social inclusion across adolescence and young adulthood. „Development and Psychopathology” vol. 30, 1403–1419.

Białek I. (2002). Strategia Uniwersytetu Jagiellońskiego wobec kształcenia osób niepełnosprawnych. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 46-48.

Bidziński K. (2005). Stosunek do własnej niepełnosprawności a system wartości młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu. W: W. Pilecka, A. Ozga, P. Kurtyka (red.) Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ekosystemie. Kielce, 253-261.

Bieganowska A. (2015). Przekaz medialny w modyfikowaniu postaw studentów pedagogiki wobec niepełnosprawności. Lublin.

Bieganowska-Skóra A. (2017). „And the winner is...” Model niepełnosprawności w oscarowych produkcjach. Lublin.

Bielska E. (2014). Poradnictwo i wsparcie społeczne jako działalność polityczna i oporowa. W: M. Piorunek (red.) Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki. Toruń, 50-61.

Biel-Ziółek K. (2016). Wieloaspektowa rehabilitacja jako szansa poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych ruchowo. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo” nr 1(31), 65-83.

Biernat R., Jurkiewicz P., Starzomska M. (2013). Style radzenia sobie ze stresem studentów z niepełnosprawnością. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 231-243.

Billari F. C. Liefbroer A. C. (2010). Towards a new pattern of transition to adulthood? „Advances in Life Course Research” nr 15, 59-75.

Binczycka-Anholcer M., Lepiesza P. (2011). Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego. "Hygeia Public Health" nr 46(4), 455-461.

Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych (2018). Osoby niepełnosprawne na rynku pracy. Warszawa.

Black-Hawkins K. (2013). The framework for participation: a research tool for exploring the relationship between achievement and inclusion in schools. "Derecho y Humanidades" nr 21, 85-110.

Blake T. R., Rust J. O. (2002). Self-esteem and self-efficacy of college students with disabilities. „College Student Journal" vol. 36, nr 2, 214-222.

Block J. H., Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior W: A. Collins (red.) Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota symposia on child psychology. vol. 13, Hillsdale, 39-101.

Błeszyńska K. (2001). Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych. Warszawa.

Bochno E. (2013). Grupy studenckie – czy i jaka wspólnota? W: M. Czerepaniak-Walczak (red.) Fabryki dyplomów czy universitas? O „nadwiślańskiej" wersji przemian w edukacji akademickiej. Kraków, 226-244.

Bociek K. (2013). Autonomia jako nadrzędny cel edukacji w ujęciu Aharona Avirama."Pedagogia Christiana" nr 2, 119-130.

Boeltzig-Brown H. (2017). Disability and career services provision for students with disabilities at institutions of higher education in Japan: an overview of key legislation, policies, and practices. „Journal of Postsecondary Education and Disability" vol. 30, nr 1, 61-81.

Bolińska M. (2015). Pozornie bez barier. Student z niepełnosprawnością a uczelniana rzeczywistość (teoria i praktyka). W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 47-61.

Borowicz R. (2008). Funkcjonowanie szkolnictwa wyższego w Polsce – trzy wymiary temporalne. W: W. Szulakiewicz (red.) Świat idei edukacyjnych. Zbiór studiów ofiarowanych Księdzu Profesorowi Jerzemu Bagrowiczowi w 70. rocznicę urodzin. Toruń, 39-59.

Borowiecki P. (2015). Samoocena osób z niepełnosprawnością w świetle wybranej literatury i badań własnych. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” nr II, 109-126

Borowska M., Kubica J. (2012).Wybrane czynniki kształtowania się u studentów niepełnosprawnych nastawień i oczekiwań wobec psychospołecznych warunków studiowania. W: K. Kutek-Sładek (red.) Student z niepełnosprawnością w środowisku akademickim. Kraków, 41-53.

Borowska-Beszta B. (2012). Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych. Kraków.

Borthwick A. M. (1997). Self-esteem among university student with and without physical disabilities. National Library of Canada.

Bowman C., A., Jaeger P., T. (2004). A guide to high school success for students with disabilities. Westport, London.

Brezina T. (2008). Recognition denial, need for autonomy, and youth violence. “New directions for youth development” nr 119, 111-128.

Bręczewski G. (2004). Grupa samopomocy osób niepełnosprawnych jako środowisko stymulujące rozwój sprawności psychospołecznej. „Psychologia Rozwojowa” t. 9, nr 4, 145-154.

Bręczewski G. (2006). Problematyka niepełnosprawności w kontekście psychologii rozwoju człowieka. „Psychologia Rozwojowa” t. 11, nr 1, 69-78.

Bręczewski G. (2007). O uwarunkowaniach rozwoju osoby niepełnosprawnej. „Psychologia Rozwojowa” t.12, nr 4, 9-16.

Bręczewski G. (2015). O potrzebie promowania rozwojowej koncepcji niepełnosprawności. ”Niepełnosprawność i Rehabilitacja” nr 1, 18-36.

Bręczewski G. (2018). Niepełnosprawność i zachowania pomocowe w procesie rehabilitacji. Analiza jakości pomocy udzielanej osobom niepełnosprawnym. Warszawa.

Brzezińska A. (2000). Interakcyjny model edukacji w szkole wyższej. W: A. Brzezińska, J. Brzeziński (red.) Ewaluacja kształcenia w szkole wyższej. Poznań, 55-92.

Brzezińska A. (2002). Dorosłość – szanse i zagrożenia dla rozwoju. W: A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (red.) Szanse i zagrożenia rozwoju w okresie dorosłości. Poznań, 11-22.

Brzezińska A. (2004). Społeczna psychologia rozwoju. Warszawa.

Brzezińska A. (2007). Między sprawnością a niepełnosprawnością. W: A. Brzezińska (red.) Zadania rodziny i szkoły: od samodzielności dziecka do efektywności pracownika. Warszawa, 13-20.

Brzezińska A. (2016). Dorastanie do dorosłości: odroczona czy opóźniona? W: A. Brzezińska, W. Syska (red.) Ścieżki wkraczania w dorosłość. Poznań, 23-48.

Brzezińska A., Appelt K., Ziółkowska B. (2016). Psychologia rozwoju człowieka. Sopot.

Brzezińska A., Czub T., Hejmonowski Sz., Rękosiewicz M., Kaczan R., Piotrowski K. (2012). Uwarunkowania procesu kształtowania się tożsamości w okresie przejścia z adolescencji do dorosłości. „Kultura i Edukacja” nr 3, 23-50.

Brzezińska A., Kaczan R., Piotrowski K., Rękosiewicz M. (2011). Odroczona dorosłość: fakt czy artefakt? „Nauka” nr 4, 67-107.

Brzezińska A., Kaczan R., Piotrowski K., Sejko K., Rycielski P., Wiszejko-Wierzbicka D. (2008) Uwarunkowania aktywności zawodowej osób z ograniczeniami sprawności: czynniki społeczno-demograficzne. „Nauka” nr 1, 129-150.

Brzezińska A, Kaczan R., Rycielski P. (2010). Model czynników warunkujących wykluczenie/inkluzję osób z ograniczeniami sprawności na rynku pracy. „Polityka Społeczna”, numer specjalny, 43-45.

Brzeziński J. (2003). Metodologia badań psychologicznych. Warszawa.

Brzuzy G. (2012). Jakość życia studentów z uszkodzonym wzrokiem – problemy i zadania. W: K. Kutek-Sładek (red.) Student z niepełnosprawnością w środowisku akademickim. Kraków, 54-68.

Buchnat M., Tylewska-Nowak B. (2013). Deklarowane postawy studentów wobec niepełnosprawnych kolegów. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 267-279.

Bugajska B. (2007). Edukacja do godności w pedagogice specjalnej. W: Żółkowska (red.) Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość. Szczecin, 173-179.

Bujnowska A. (2009). Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych. Lublin.

Burow O. A. (2009). Uczenie się w wolności? Perspektywy pedagogiki humanistycznej wobec reform szkolnych i w kształceniu nauczycieli. W: B. Śliwerski (red.) Teoretyczne podstawy edukacji alternatywnej. Kraków, 249-263.

Burwell N. R., Wessel R. D., Mulvihill T. (2015). Attendant care for college students with physical disabilities using wheelchairs: transition issues and experiences. „Journal of Postsecondary Education and Disability” vol. 28, nr 3, 293-307.

Byles J. E., Robinson I., Banks E., Gibson R., Leigh L., Rodgers B., Curryer C., Jorm L. (2014). Psychological distress and comorbid physical conditions: disease or disability? „Depression and Anxiety, June” vol.31, nr 6, 524-532.

Bynner J. M, (2005). Rethinking the youth phase of the life course: the case for emerging adulthood? „Journal of Youth Studies” nr 4, 367-384.

Byra S. (2009). Prototypowa kategoryzacja osób z niepełnosprawnością. “Człowiek - Niepełnosprawność - Społeczeństwo” nr 1, 61-76.

Byra S. (2010). Percepcja wsparcia i osoby wspierającej studentów niepełnosprawnych. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 31-47.

Byra S. (2011). Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową. "Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu" nr 3, 127-134.

Byra S. (2012). Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania. Lublin

Byra S. (2013). Wsparcie otrzymywane i spostrzegane przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – rola zasobów osobistych. W: B. Sidor-Piekarska (red.) Kompetentne wspieranie osób z niepełnosprawnością. Lublin, 63-90.

Byra S. (2014). Nadzieja podstawowa i percepcja własnej niepełnosprawności a radzenie sobie osób z urazem rdzeniem kręgowego. „Hygeia Public Health” nr 49(4), 825-832.

Byra S. (2015a). Predyktory pozytywnych zmian u osób z niepełnosprawnością ruchową. „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej” nr 18, 18-37.

Byra S. (2015b). Nadzieja podstawowa a reakcje przystosowawcze i satysfakcja z życia u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo” nr 3(29), 53-68.

Byra S. (2017a). Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) – polska adaptacja Multidimensional Acceptance of Loss Scale Jamesa M. Ferrina, Fonga Chana, Julie Chronister i Chung-Yi Chiu. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo” nr 1(35), 29-50.

Byra S. (2017b). Potraumatyczny wzrost i deprecjacja w kontekście nabytej trwałej niepełnosprawności ruchowej. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" nr II, 69-91.

Byra S., Boczkowska M., Duda M. (2016). Współczesne konteksty znaczeniowe terminu „niepełnosprawność" – implikacje Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo" nr 4(34), 15-31.

Byra S. Ćwirynkało K. (2018). Coping strategies in students with physical disabilities – predictive role of self-esteem, general self-efficacy and basic hope. „Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja" vol. 54, nr 2, 1-11.

Byra S. Duda M. (2019a). Postrzeganie własnej autonomii a satysfakcja z życia u osób badanych z nabytą niepełnosprawnością ruchową – analiza roli moderatorów. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo" nr 45, 17-36.

Byra S. Duda M. (2019b). Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPA) – Sprawdzenie właściwości psychometrycznych polskiej wersji narzędzia. „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej" nr 35, 103-126.

Byra S., Mazur B. (2005). Samoocena, a wsparcie społeczne studentów z uszkodzeniem narządu ruchu. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja" nr 4, 53-63.

Byra S., Mazur-Szabała B. (2006). Wybrane korelaty radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. „Annales Universitatis Marie Curie-Skłodowska Lublin – Polonia" vol. XIX, 161-172.

Byra S., Parchomiuk M. (2005). Kobieta niepełnosprawna w roli studentki. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja" nr 3, 64-78.

Byra S., Parchomiuk M. (2007). Zasoby radzenia sobie ze stresem studentek z niepełnosprawnością. "Niepełnosprawność i rehabilitacja" nr 4, 3-20.

Byra S., Parchomiuk M. (2009). Osobowościowe i społeczne uwarunkowania radzenia sobie ze stresem przez studentów pierwszego roku. Lublin.

Byra S., Parchomiuk M. (2010). Psychospołeczne przystosowanie studentów z niepełnosprawnością. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 49-63.

Byra S. Parchomiuk M. (2012). Społeczność akademicka wobec osób niepełnosprawnych - percepcja studentów z niepełnosprawnością. „Polityka Społeczna" nr 1, 26-31.

Byra S., Żyta A. (2017). Acceptance of disability, self-efficacy and hope for success in students with physical disability. W: P. A. da Silva Pereira, O. Titrek, G. Sezen-Gultekin (red.) ICEL 2017. Procceeding Book. 3rd International Conference on Lifelong Education and Leadership for All. Porto, 729-738.

Camacho B. M., Lopez-Gavira R., Diez A. M. (2017). The ideal University classroom: stories by students with disabilities. „International Journal of Educational Research" vol. 85, 148-156.

Cardol M., De Jong B. A., Ward C. D. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. „Disability and Rehabilitation" vol. 24, (nr 18) 970-974.

Carr A. (2009). Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach. Poznań.

Cesarei A. D. (2015). Psychological factors that foster or deter the disclosure of disability by university students. „Psychological Raports" nr 3, 665-673.

Chernyak-Hai L., Halabi S. (2018). Future time perspective and interpersonal empathy: implications for preferring autonomy – versus dependency-oriented helping. „British Journal of Social Psychology" vol. 57, nr 4, 793-814.

Chlebowski P., Bilewicz M. (2016). Analiza potencjałów osobistych osób niepełnosprawnych. W: M. Halicka, J. Halicki, K. Czykiera (red.) Niepełnosprawność. Poznać, przeżyć, zrozumieć. Białystok, 15-26.

Chrzanowska I. (2009). Zaniedbane obszary edukacji – pomiędzy pedagogiką a pedagogiką specjalną. Wybrane zagadnienia. Kraków.

Chrzanowska I. (2013). Student z niepełnosprawnością - szanse i wyzwania. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 65-83.

Chrzanowska I. (2015). Pedagogika specjalna: od tradycji do współczesności.

Chudy W. (1988). Sens filozoficzny kondycji człowieka niepełnosprawnego. W: D. Kornas-Biela (red.) Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie. Lublin, 105-122.

Ciaputa E., Król A., Migalska A., Warta M. (2014). Macierzyństwo kobiet z niepełnosprawnościami ruchu, wzroku i słuchu. „Studia Socjologiczne" nr 2, 203-224.

Cichocki R. (2003). Podmiotowość w społeczeństwie. Poznań.

Cierpiałowska T. (2006). Uczestnictwo kulturalne studentów z niepełnosprawnością. Bariery korzystania z dóbr kultury. W: J. Baran, S. Olszewski (red.) Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność. Kraków, 165-176.

Cierpiałowska T. (2008). Wsparcie młodzieży z niepełnosprawnością w procesie zdobywania wykształcenia wyższego. W: T. Żółkowska, M. Wlazło (red.) Socjopedagogiczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Szczecin, 495-502.

Cierpiałowska T. (2009). Studenci z niepełnosprawnością. Problemy funkcjonowania edukacyjnego i psychospołecznego. Kraków.

Cierpiałowska T. (2011). Kształcenie osób z niepełnosprawnością na poziomie wyższym jako profilaktyka wobec zagrożeń bezrobociem. W: J. Baran, T. Cierpiałowska, A. Mikrut (red.) Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością. Kraków, 265-270.

Cierpiałowska T., Trojańska M. (2007). Poczucie osamotnienia u studentów z niepełnosprawnością. W: Cz. Kosakowski, A. Krause, A. Żyta (red.) Osoba z niepełnosprawnością w systemie rehabilitacji, edukacji i wsparcia społecznego. Olsztyn, 351-361.

Clark M. A. (2006). Adult education and disability studies, an interdisciplinary relationship: research implications for adult education. „Adult education quarterly" vol. 56, nr 4, 308-322.

Coiro M. J., Bettis A. H., Compas B. E. (2017). College students coping with interpersonal stress: Examining a control-based model of coping. „Journal of American college health" vol. 65, nr 3, 177-186.

Coleman M. B. (2011). Successful implementation of assistive technology to promote access to curriculum and instruction for students with physical disabilities. "Physical Disabilities: Education and Related Services" vol.30, nr 2, 2-22.

Creswell J. W. (2013). Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane. Kraków.

Cudak S. (2007). Wychowawcze i emocjonalne funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. Łódź.

Cunnah W. (2015). Disabled students: identity, inclusion and work-based placements. "Disability & Society" vol.30, nr 2, 213-226.

Cytlak I. (2009). Studia wyższe a jakość życia osób niepełnosprawnych. Studium porównawcze. Poznań.

Cytlak I., Jarmużek J. (2017). Wsparcie studentów z niepełnosprawnościami. Perspektywa salutogenetyczna. W: A. Knocińska, P. Frąckowiak (red.) Pomoc – wsparcie – ratownictwo. O optymalizacji rozwoju i edukacji człowieka na różnych etapach życia. Poznań-Gniezno, 439-459.

Czabała J. Cz. (2015). Poradnictwo psychologiczne. W: Cz. Czabała, S. Kluczyńska (red.) Poradnictwo psychologiczne. Warszawa, 16-44.

Czapiński J. (1992). Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej. Warszawa.

Czapiński J. (2005). Osobowość szczęśliwego człowieka. W: J. Czapiński (red.) Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. Warszawa, 359-379.

Czapiński J. (2017). Psychologia szczęścia. Kto, kiedy, dlaczego kocha życie i co z tego wynika czyli nowa odsłona teorii cebulowej. Warszawa.

Czarnecka K. (2012). Realizacja idei edukacji włączającej w działalności Biura ds. Osób Niepełnosprawnych UJ. W: K. Kutek-Sładek (red.) Student z niepełnosprawnością w środowisku akademickim. Kraków, 121-133.

Czechowska-Bieluga M., Dudek A. (2010). Funkcjonowanie społeczne studentów niepełnosprawnych a ich perspektywy zawodowe. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 181-193.

Czechowska-Bieluga M., Tychmanowicz A. (2008). Kompetencje społeczne studentów niepełnosprawnych. Możliwości wspomagania i rozwoju. W: Z. Palak, A. Bujnowska (red.) Kompetencje pedagoga specjalnego. Aktualne wyzwania teorii i praktyki. Lublin, 247-255.

Czechowski K., Wilmanowska-Pietruszyńska A. (2016). O potrzebie rehabilitacji kompleksowej. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” nr II, 35 – 52.

Czerepaniak-Walczak M. (1996). Autonomia czy izonomia (O prawach osób sprawnych inaczej). W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych (Od diagnozy do prognoz i do działań). Poznań, 71-82.

Czerepaniak-Walczak M. (2006). Pedagogika emancypacyjna. Gdańsk.

Czerepaniak-Walczak M. (2013). Autonomia w kolorze sepii w inkrustowanej ramie KRK. O procedurach i treściach zmiany w edukacji. W: M. Czerepaniak-Walczak M. (red.) Fabryki dyplomów czy universitas? O „nadwiślańskiej” wersji przemian w edukacji akademickiej. Kraków, 29-56.

Czerka E. (2007). Rodzinne uwarunkowania odraczania dorosłości u młodych mężczyzn. Kraków.

Czerwińska M. (2011). Student z niepełnosprawnością wzroku jako użytkownik biblioteki i informacji. W: H. Ochonczenko, M. Czerwińska, M. Garbat (red.) Osoby z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Wybrane zagadnienia. Zielona Góra, 189-203.

Czop-Śliwińska G. (2002). Wstępne wnioski wynikające z wdrożenia programu PT: AGH uczelnią przyjazną wobec osób niepełnosprawnych. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 73-81.

Czyżowska D. (2008). O celu i granicach rozwoju moralnego. „Analiza i Egzystencja" nr 8, 85-101.

Ćwirlej-Sozańska A., Wilmanowska-Pietruszyńska A. (2015). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – model biopsychospołeczny. „Bezpieczeństwo Pracy" nr 8, 11-13.

Ćwirynkało K. (2010). Społeczne funkcjonowanie osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną (w kontekście ich autonomii i podmiotowości). Toruń.

Dawson M., Pooley J. A. (2013). Resilience: the role of optimism, perceived parental autonomy support and perceived social support in first year university students. „Journal of Education and Training Studies" vol. 1, nr 2, 38-49.

Dawson P., Guare R. (2012). Coaching students with executive skills deficits. New York.

Dąbrowski K. (1981). Fazy i poziomy rozwoju psychicznego i trzy kształtujące go czynniki. W: K. Dąbrowski (red.) Zdrowie psychiczne. Warszawa, 46-63.

Deci E. L., Ryan R. M. (2013). The importance of autonomy for development and well-being. W: B. W. Sokol, F. M. E. Grouzet, U. Müller (red.) Self-regulation and autonomy social and developmental dimensions of human conduct. Cambridge, 19-46.

Deci E. L., Ryan R. M. (2016). Optimizing students' motivation in the era of testing and pressure: a self-determination theory perspective. W: W. Ch. Liu, J. Ch. Keng Wang, R. M. Ryan (red.) Building autonomous learners perspectives from research and practice using self-determination theory. Singapure, 9-29.

Dell'Olio M., Vaandrager L., Koelen M. (2018). Applying salutogenesis to the experiences of students with disabilities in the Netherlands. „Journal of Postsecondary Education and Disability" vol. 31, nr 1, 75-89.

Demirli A., Türkman M., Arik R., S. (2015). Investigation of dispositional and state hope levels' relations with student subjective well-being. „Social Indicators Research" vol.120, nr 2, 601-613,

Denzin N. K., Lincoln Y. S. (2009). Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych. W: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.) Metody badań jakościowych. Tom 1, 19-62.

Dewey J. (2006). Szkoła i dziecko. Warszawa.

Dębowski J., Gawor L., Jedynak S., Kosior K., Zdybel L. (red.) (1996). Mała Encyklopedia Filozofii. Pojęcia. Problemy. Kierunki. Szkoły. Bydgoszcz, 47.

Dobrzańska-Socha B. (2004). Przekroczenie granicy ryzyka. Badania psychologiczne osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. W: R. Studenski (red.) Zachowanie się w sytuacji ryzyka. Katowice, 44-58.

Domagała-Zyśk E. (2004). Autonomia czy odłączenie? Rola osoby znaczącej w życiu młodzieży z trudnościami w nauce. Lublin.

Domagała-Zyśk E. (2010). Idea integracji a potrzeby niesłyszących studentów w zakresie uczenia się języków obcych w szkołach wyższych. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 155-164.

Domagała-Zyśk E. (2012). Wspieranie uczniów z chorobą przewlekłą w środowisku szkolnym. W: E. Domagała-Zyśk (red.) Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w środowisku rówieśniczym. Lublin, 111-126.

Doroszuk J. (2011). Autonomia osoby niepełnosprawnej z perspektywy procesu komunikacji – podstawowe badania. „Niepełnosprawność" nr 5, 161-169.

Doroszuk J. (2013). Sytuacja rodziny dziecka niepełnosprawnego – izolacja, autonomia czy koegzystencja? W: I. Chrzanowska, B. Jachimczak, K. Pawelczak (red.) Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu. W poszukiwaniu pozytywów. Poznań, 215-222.

Dorsett P. (2010). The Importance of hope in coping with severe acquired disability. „Australian Social Work" vol. 63 (1), 83-102.

Dryżałowska G. (2015). Integracja edukacyjna a integracja społeczna. Satysfakcja z życia osób niedosłyszących. Warszawa.

Dryżałowska G. (2019). Wykluczenie społeczne – (nie)zmienny problem pedagogiki. W: G. Dryżałowska, M. Kuleta-Hulboj, A. Naumiuk, M. Skura, A. M. Steinhagen (red.) Inkluzja w perspektywie pedagogiki specjalnej i pedagogiki społecznej. Pytania, konteksty, dyskusje. Warszawa, 19-48.

Dryżałowska G., Żuraw H. (2006). Szanse i bariery zatrudnienia niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych. W: H. Ochonczenko A. Nowicka (red.) Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych. Kraków, 237-249.

Dubas E. (2005). Andragogiczne poszukiwanie rozumienia dorosłości W: E. Dubas (red.) Człowiek dorosły - istota /nie/znana? Łódź- Płock, 41-57.

Duda M. (2015). Etyczne wyzwania w pracy ze studentami niepełnosprawnymi – perspektywa nauczyciela akademickiego. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 33-45.

Durkheim E. (2015). Wychowanie moralne. Bydgoszcz.

Duska R., Whelan M. (1975). Moral development. A guide to Piaget and Kohlberg. New York.

Dykcik W. (1996). Warunki i możliwości kulturowej transmisji postaw i zachowań społecznych wobec autonomii i izonomii osób niepełnosprawnych umysłowo. W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych (Od diagnozy do prognoz i do działań). Poznań, 207-234.

Dykcik W. (2002a). Nowe orientacje i perspektywy badawcze pedagogiki specjalnej dla systemowego wspomagania osób niepełnosprawnych. W: W. Dykcik, Cz. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.) Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy. Olsztyn-Poznań-Warszawa, 17-45.

Dykcik W. (2002b). Poszukiwanie nowatorskich i alternatywnych koncepcji indywidualnej rehabilitacji oraz społecznej integracji osób niepełnosprawnych - aktualnym wyzwaniem praktyki edukacyjnej. W: W. Dykcik B. Szychowiak (red.) Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny. Poznań, 15-100.

Dykcik W. (2002c). Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki. W: W. Dykcik (red.) Pedagogika specjalna. Poznań, 13-64.

Dykcik W. (2002d). Problemy autonomii, integracji społecznej i normalizacji życia osób niepełnosprawnych w środowisku. W: W. Dykcik (red.) Pedagogika specjalna. Poznań, 355-378.

Dykcik W. (2003a). Człowiek dorosły niepełnosprawny w poszukiwaniu poczucia sensu życia. W: K. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.) Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Gdańsk, 139-156.

Dykcik W. (2003b). Doświadczenie wartości edukacyjnych jako tworzenie życiowych szans pracy zawodowej studentów niepełnosprawnych. W: M. Chodkowska (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce edukacyjnej. Lublin, 253-266.

Dykcik W. (2009). Zaufanie podstawą społecznego bezpieczeństwa i integracyjnych więzi osób niepełnosprawnych w przestrzeni międzyludzkiej. W: T. Żółkowska, L. Konopska (red.) W kręgu niepełnosprawności – teoretyczne i praktyczne aspekty poszukiwań w pedagogice specjalnej. Szczecin, 15-33.

Dykcik W. (2013). Złożone uwarunkowania, realia, perspektywy zwiększania dostępności i pozytywnej oceny jakości studiów wyższych osób z niepełnosprawnością (przegląd literatury i syntetyczne refleksje). W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 15-44.

Dymecka J. (2015). Radzenie sobie z własną chorobą u osób ze stwardnieniem rozsianym. W: M. Bidzan, Ł. Bieleninik, A. Szulman-Wardal (red.) Niepełnosprawność ruchowa w ujęciu biopschospołecznym. Wyzwania diagnozy, rehabilitacji i terapii. Gdańsk, 153-179.

Elliott T. R., Witty T., Herrick S., Hoffman J. T. (1991). Negotiating Reality After Physical Loss: Hope, Depression, and Disability. „Journal of Personality and Social Psychology" vol. 60, nr 4, 608-613.

Ells C. (2001). Lessons about autonomy from the experience of disability. "Social Theory and Practice" vol. 27, nr 4, 599-615,

Erenc J. (2008). Bycie innym. Problem wykluczenia i izolacji ludzi niepełnosprawnych. Gdańsk.

Erikson E. (1997). Dzieciństwo i społeczeństwo. Poznań.

Fidelus A. (2009) Kształtowanie odporności na trudne sytuacje w procesie rozwoju społecznego dzieci i młodzieży. W: K. Franczak, M. Szpringer (red.) Oblicza dojrzałości emocjonalnej dzieci i młodzieży. Warszawa, 89-100.

Fidelus A. (2011). Działania insercyjne wobec osób wykluczonych i marginalizowanych społecznie. W: A. Fidelus (red.) Oblicza wykluczenia i marginalizacji społecznej. Warszawa, 77-99.

Filek J. (2012). Studenci niepełnosprawni – nieporozumienia, lęki, odrzucenia. W: K. Kutek-Sładek (red.) Student z niepełnosprawnością w środowisku akademickim. Kraków, 12-25.

Filek J. (2015). Rozważania wokół form wsparcia studentów niepełnosprawnych. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 15-31.

Fornalik I. (2006). Osoba niepełnosprawna w szkole wyższej – o postawach i problemach pracowników naukowo-dydaktycznych. W: Cz. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.) Pomiędzy teorią a praktyką. Olsztyn, 221-227.

Forouzan A. S., Mahmoodi A., Sushtari Z. J., Salimi Y., Sajjadi H., Mahmoodi Z. (2013). Perceived social suport among people with physical disability. „Iranian Red Crescent Medical Journal" vol.15, nr 8, 663-667.

Fragaso Y. D., da Silva E. O., Finkelsztejn A. (2009). Correlation between fatigue and self-esteem in patient. „Arquivos de Neuro-Psiquiatria" vol.67, nr 3b, 818-821.

Franken R. E. (2005). Psychologia motywacji. Gdańsk.

Frankowska E., Bargiel-Matusiewicz K. (2015). Wsparcie społeczne oraz akceptacja i radzenie sobie z chorobą wśród osób chorych na rematoidalne zapalenie stawów. W: K. Bargiel-Matusiewicz, P. Tomaszewski, E. Pisula (red.) Kulturowe oraz społeczne aspekty zdrowia i obrazu ciała. Warszawa, 91-112.

Funckes C. (2010). Projektowanie uniwersalne: zastosowania w szkolnictwie wyższym. W: P. Wdówik (red.) Uniwersytet dla wszystkich. Uniwersalne projektowanie zajęć dydaktycznych. Warszawa, 7-23.

Furmańska J., Rzepa T., Domańska Ł., Koziarska D. (2019). Okres życia a znaczenie nadawane chorobie na przykładzie badań chorych na stwardnienie rozsiane. „Psychologia Rozwojowa" t. 24, nr 2, 87-99.

Gajdzica Z. (2011). Sytuacje trudne w opinii nauczycieli klas integracyjnych. Kraków-Katowice.

Gajdzica Z. (2013). Natura rezerwatu w życiu osoby z niepełnosprawnością. W: Z. Gajdzica (red.) Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacie przestrzeni publicznej. Kraków, 14-20.

Gajdzica Z. (2015). Student z niepełnosprawnością w przestrzeni szkoły wyższej – pomiędzy pedagogiką długu a pedagogiką wspólnotowości. „Rocznik Lubuski” t. 41, 219-229.

Gałkowski T. (2000). Nowe podejście do niepełnosprawności. Uporządkowania terminologiczne. „Logopedia”, t. 28, 167-173.

Garbat M. (2005). Programy celowe PFRON szansą osób niepełnosprawnych na zdobycie wykształcenia. W: H. Ochonczenko, G. Miłkowska (red.) Osoba niepełnosprawna w społeczność akademickiej. Kraków, 167-179.

Garbat M. (2010). Aktywizacja społeczna i zawodowa studentów niepełnosprawnych na Uniwersytecie Zielonogórskim. W: B. Gąciarz (red.) Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej. Kraków, 277-292.

Garbat M. (2011a). Młodzież z niepełnosprawnością w kształceniu akademickim. W: H. Ochonczenko, M. Czerwińska, M. Garabat (red.) Osoby z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Wybrane zagadnienia. Zielona Góra, 89-108.

Garbat M. (2011b). Uniwersytet Zielonogórski na rzecz studentów z niepełnosprawnością. W: H. Ochonczenko, M. Czerwińska,, M. Garbat (red.) Osoby niepełnosprawne w szkole wyższej. Wybrane zagadnienia. Zielona Góra, 205-224.

Garbat M. (2012). Zatrudnienie i rehabilitacja zawodowa osób z niepełnosprawnością w Europie. Zielona Góra.

Garlej-Drzewicka E. (2003). Z rozważań o dorosłości. W: K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.) Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Kraków, 85-93.

Gaskin C., J., Andersen M., B., Morris T. (2009). Physical activity in the life of a woman with severe cerebral palsy: showing competence and being socially connected. „International Journal of Disability, Development and Education” vol. 56, nr 3, 285-299.

Gąciarz B. (2007). Instytucje a przygotowanie zawodowe młodych niepełnosprawnych. W: E. Giermanowska (red.) Młodzi niepełnosprawni - aktywizacja zawodowa i nietypowe formy zatrudnienia. Warszawa, 169-196.

Gąciarz B. (2010). Wprowadzenie. Wykształcenie i przygotowanie zawodowe jako sposób na niepełnosprawność. W: B. Gąciarz (red.) Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej. Warszawa, 7-32.

Gąciarz B., Bartkowski J. (2014). Położenie społeczno-ekonomiczne niepełnosprawnych w Polsce na tle sytuacji osób niepełnosprawnych w krajach Unii Europejskiej. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” nr II, 20-43.

Gąciarz B., Ostrowska A., Pańków W. (2008). (red.) Integracja społeczna i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych zamieszkałych w małych miastach i na terenach wiejskich. Uwarunkowania sukcesów i niepowodzeń. Warszawa.

Gelbar N. W., Madus J. W., Lombardi A., Faggella-Luby M., Dukes L. (2015). College students with physical disabilities: common on campus, uncommon in the literature. „Physical Disabilities: Education and Related Services” nr 34(2), 14-31.

Gendek M. (2013). Obraz ciała w wybranych zaburzeniach psychicznych i niepełnosprawności. W: E. Zasępa (red.) Doświadczanie choroby i niepełnosprawności. Warszawa, 89-108.

Gerrig R. J., Zimbardo P. G. (2006). Psychologia i życie. Warszawa.

Geyh S., Nick E., Stirnimann D., Ehrat S., Michel F., Peter C., Lude P. (2015). Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury – an ICF-based study. “Spinal Cord” vol. 50, 699-706.

Gibbs J. C. (2014). Moral development and reality. Beyond the theories Kohlberg, Hoffman, and Haidt. Oxford.

Giermanowska E. (2007). (red.) Młodzi niepełnosprawni – aktywizacja zawodowa i nietypowe formy zatrudnienia. Warszawa.

Giermanowska E. (2015). Sytuacja zawodowa niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych. W: E. Giermanowska, A. Kumaniecka-Wiśniewska, M. Racław, E. Zakrzewska-Manterys (red.) Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy. Warszawa, 87-121.

Giermanowska E., Kumaniecka-Wiśniewska, A., Racław M., Zakrzewska-Manterys E., (2015). Wprowadzenie W: E. Giermanowska, A. Kumaniecka-Wiśniewska, M. Racław, E. Zakrzewska-Manterys (red.) Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy. Warszawa, 7-22.

Giermanowska E., Racław M. (2015). Polityka społeczna wobec edukacji i zatrudnienia młodych niepełnosprawnych. W: E. Giermanowska, A. Kumaniecka-Wiśniewska, M. Racław, E. Zakrzewska-Manterys (red.) Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy. Warszawa, 159-184.

Gilga K. (2015). Dostępność szkolnictwa wyższego dla osób z niepełnosprawnością w Polsce. „Studia Oeconomica Posnaniensia" vol. 3, nr 10, 81-95.

Glimps B. J. (2008). Are we preparing students with physical and Health Disabilities for the 21st Century? „Physical Disabilities: Education and Related Services" vol. 26, nr 2, 1-12.

Głodkowska J. (2014). Rozważania nad podmiotowością a niepełnosprawność – u źródeł współczesnego ujęcia i w perspektywie interdyscyplinarnej. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo" nr 2, 91-108.

Głodkowska J., Gosk U. (2018). Autorstwo własnego życia osoby z niepełnosprawnością (AWŻ-ON) – od źródeł i konstruktu teoretycznego do projektowania etapów i procedur badawczych. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo" nr 3, 29-45.

Główny Urząd Statystyczny (2015). Szkoły Wyższe i ich finanse 2014 r. Warszawa.

Główny Urząd Statystyczny (2018). Szkoły Wyższe i ich finanse 2017 r. Warszawa.

Główny Urząd Statystyczny (2019). Szkoły Wyższe i ich finanse 2018 r. Warszawa, Gdańsk.

Godawa G. (2012). Aksjologiczno-moralne aspekty kształcenia osób niepełnosprawnych na poziomie wyższym. W: K. Kutek-Słabek (red.) Student z niepełnosprawnością w środowisku akademickim. Kraków, 26-40.

Godowa Sz. (2017). Dorosłość osób z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście Pedagogiki Specjalnej Gestalt i koncepcji rytów przejścia Arnolda von Gennepa. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" nr IV, 69-79.

Gorczycka E. (1981). Przystosowanie młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu do życia społecznego. Warszawa.

Gorczycka E., Kanasz T. (2014). Niepełnosprawni studenci Akademii Pedagogiki Specjalnej w opiniach własnych i środowiska akademickiego. Warszawa.

Grant C. (2014). Participating in arts- and cultural-sector governance in Australia: Experiences and views of people with disability. „Arts & Health" vol. 6, nr 1, 75-89.

Green S. E. (2007). Components of perceived stigma and perceptions of well-being among University students with and without disability experience. „Health Sociology Review" nr 3-4, 328-340.

Grudziewska E. (2010). Psychospołeczne przystosowanie studentów z niepełnosprawnością. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 65-70.

Grzegorzewska M. (1988). Listy do Młodego Nauczyciela. Cykl I-III. Warszawa.

Grzegorzewska M. (1989). Wybór Pism. Warszawa.

Grzybowska D. (2003). Szkoła wobec zadania przygotowania młodzieży niepełnosprawnej do podjęcia ról człowieka dorosłego. W: K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.) Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Kraków, 397-403.

Guest R., Craig A., Nicholson Perry K., Tran Y., Ephraums C., Hales A., Dezarnaulds A., Crino R., Middleton J. (2015). Resilience following spinal cord injury: A prospective controlled study investigating the influence of the provision of group cognitive behavior therapy during inpatient rehabilitation. "Rehabilitation Psychology" nr 60, 311-321.

Gurba E. (2013). Wczesna dorosłość. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.) Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. Warszawa, 202-231.

Gurba E., Czyżowska D. (2017). Związki kompetencji poznawczych ze stylami tożsamości w różnych okresach rozwojowych. „Psychologia Rozwojowa" nr 3, 37-55.

Habermas J. (2015). Teoria do działania komunikacyjnego. T. II. Przyczynek do krytyki rozumu funkcjonalnego. Warszawa.

Hajduk B. (1993). Profesjonalizacja studentów – dynamika zjawiska. Zielona Góra.

Hankała A. (2002). Zastosowanie wiedzy psychologicznej o rozwoju człowieka w nauczaniu i wychowaniu. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.) Wiedza z psychologii rozwoju człowieka w praktyce społecznej. Poznań, 9-68.

Harań B., Orłowska R., Niedziałek K. (2002). Kształcenie integracyjne studentów w Akademii Podlaskiej. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 134-145.

Haratsis J. M., Hood M., Creed P. A. (2015). Career Goals in Young Adults: personal resources, goal appraisals, attitudes, and goal management strategies. „Journal of Career Development" vol. 42, nr 5, 431-445.

Harwas-Napierała B. (2012). Dorosłość jako spełnienie. Drogi i zagrożenia rozwoju człowieka w okresie dorosłości. Kraków.

Hawkins M. T., Letcher P., Sanson A., O'Connor M., Toumbourou J. W., Olsson C. (2011). Stability and change in positive development during young adulthood. „Journal of Youth and Adolescence" vol. 40, nr 11, 1436-1452.

Hawryło K. (2015). Aktywność społeczno-zawodowa kobiety z rdzeniowym zanikiem mięśni. W: W. Janocha, K. Zielińska-Król (red.) Kobiecość a niepełnosprawność. Lublin, 115-129.

Hayter M., Dorstyn D. (2014). Resilience, self-esteem and self-compassion in adults with spina bifida. "Spinal Cord" vol. 52, 167-171.

Hedrick B. N., Stumba N. J., Martin J. K., Martin l. G., Nordstrom D. L., Morrill J. H. (2012). Personal assistant support for students with severe physical disabilities in postsecondary education. "Journal of Rehabilitation Research & Development" vol. 43, nr 2, 185-198.

Hendry L. B., Kloep M. (2010). How universal is emerging adulthood? An empirical example. „Journal of Youth Studies" nr 13, 169-179.

Hessen S. (1997). O sprzecznościach i jedności wychowania. Zagadnienia pedagogiki personalistycznej. Wybór i opracowanie W. Okoń. Warszawa.

Heszen I. (2015). Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego.

Heszen I., Sęk H. (2007). Psychologia zdrowia. Warszawa.

Heszen-Niejodek I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenie sobie. W: J. Strelau (red.) Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3 Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańsk, 265-492.

Heszen-Niejodek I. (2002). Emocje, ocena poznawcza i strategie w procesie radzenia sobie. W: I. Heszen-Niejodek (red.) Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem. Poznań, 174-197.

Hobfoll S. (2006). Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu. Gdańsk.

Holmback G. N. (2002). A development perspective on adolescent health and illness; an introduction to the special issues. „Journal of pediatric psychology" vol. 27, nr 5, 409–416.

Hołtyń B. (2009). Skala wsparcia społecznego – modyfikacja narzędzia. W: B. Kaja, B. Hołtyń (red.) Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja. Bydgoszcz, 111-122.

Howe A., Smajdor A, Stöckl A. (2012). Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training. "Medical Education" nr 46, 349–356.

Iskra J. (2011). Prężność osobowa jako wskaźnik dobrego funkcjonowania studenta w procesie kształcenia. W: J. Saran, M. Żmigrodzki (red.) Student jako podmiot edukacji we współczesnej uczelni wyższej. Lublin, 101-112.

Izdebski A. (2010). Niepełnosprawni studenci na Uniwersytecie Warszawskim. W: B. Gąciarz (red.) Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej. Kraków, 164-190.

Jachimczak B., Olszewska B., Podgórska-Jachnik D. (2011). Mój zawód – moja praca – moja przyszłość. Perspektywy osób z niepełnosprawnością. Łódź.

Jagodziński R. (2013). Zastosowanie ICF jako narzędzia diagnozy, planowania i ewaluacji w programie aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych ruchowo. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" nr II, 67-104.

Jagodziński R., Pawlak K. (2015). Zastosowanie ICF w programach aktywizacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością ruchową – prezentacja efektów projektu. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" nr I, 26-62.

Jakoniuk-Diallo A. (2006). Podmiotowa rola rodziców w rehabilitacji dziecka z zaburzeniami rozwoju. W: W. Dykcik, A. Twardowski (red.) Poznańska pedagogika specjalna. Tradycja – osiągnięcia – perspektywy rozwoju. Poznań, 241-250.

Jakubaszek W. (2016) Człowiek w kontekście całożyciowej edukacji. Wybrane zagadnienia. Kraków.

Jankowska A. (2002). Serwisy dla osób niepełnosprawnych oferowane na Uniwersytecie Warszawskim. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 27-34.

Janocha W. (2008). Poczucie sensu życia osób z niepełnosprawnością. Kielce.

Janocha W. (2009). Rodzina z osobą niepełnosprawną w społecznym systemie wsparcia. Kielce.

Jaroszyński P. (2000). Autarkia W: A. Maryniarczyk, M. Czachorowski, S. Bafia (red.) Powszechna encyklopedia filozofii. t. 1. Lublin, 420.

Jasiński A., Derbis R., A. Oleszkowicz, A. Słowińska (2019). Postawy wobec globalizacji a satysfakcja z życia. Mediacyjna rola procesów tożsamościowych. „Psychologia Rozwojowa" t. 24, nr 2, 73-86.

Jaskot K. W., Murawska A. (2006) Charakterystyka „wieku studiów". Konsekwencje pedagogiczne. W: K. W. Jaskot (red.) Wprowadzenie do pedagogiki szkoły wyższej. Szczecin, 109-130.

Jay G. M., D'Augelli A. R. (1991). Social Support and Adjustment to University Life: A Comparison of African-American and White Freshmen. „Journal of Community Psychology" vol. 19, nr 2, 95-108.

Jelonkiewicz I. (2012). Stres a zdrowie młodzieży. Studia empiryczne i propozycje działań profilaktycznych. Warszawa.

Jemtå L., Fugl-Meyer K. S., Öberg K., Dahl M. (2009). Self-esteem in children and adolescents with mobility impairment: impact on well-being and coping strategies. „Acta Pædiatrica" vol. 98, nr 3, 567-572.

Jezierska B. (2003). Autonomia. W: T. Pilch (red.) Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku. T. I: A-F, Warszawa, 244-246.

Juczyński Z. (2000). Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica" nr 4, 11-24.

Juczyński Z., Ogińska-Bulik (2009). NPSR – Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia Sobie ze Stresem. Warszawa.

Kadzikowska-Wrzosek R. (2013). Siła woli. Autonomia, samoregulacja i kontrola działania. Sopot.

Kaja B. (2004). Wspomaganie rozwoju, czyli „dobrze jest mieć przyjaciół we wszystkich okolicznościach życia" W: B. Kaja (red.) Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, Psychokorekcja. Bydgoszcz, 11-25.

Kalpidou M., Costin D., Morris J. (2011). The Relationship Between Facebook and the Well-Being of Undergraduate College Students. „Cyberpsychology,Behavior, and Social Networking" vol. 14, nr 4, 183-189.

Kaltenbrunner Bernitz B., Grees, N., Jakobsson Randers M., Gerner U. (2013). Young adults on disability benefits – a comparative study of seven european countries. "European Journal of Public Health" vol. 23, 192-210.

Kamiński S. (2000). Autonomia. W: A. Maryniarczyk, M. Czachorowski, S. Bafia (red.) Powszechna encyklopedia filozofii. T. 1. Lublin, 423.

Kamusińska E. (2008). Czas wolny niewykorzystanym obszarem w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. „Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej" t. 8, 33-42.

Kant I. (2002). Uzasadnienie metafizyki moralności. Warszawa.

Kantyka S. (2002). Edukacja osób niepełnosprawnych a problem ich podmiotowości. W: J. Sikorska (red.) Społeczne problemy osób niepełnosprawnych, Warszawa, 137-149.

Karwat I. D., Jabłoński L., Krupa S. (2002). Zależność poziomu komfortu życia osób niepełnosprawnych od środowiska rodzinnego i społecznego. W: I. D. Karwat (red.) Niepełnosprawność i rehabilitacja osób dorosłych jako problem medyczny i społeczny w Polsce. Lublin, 179-190.

Katra G. (2007). Autonomia i aktywność prospektywna jako wyznaczniki podmiotowego i kreatywnego funkcjonowania w okresie dorastania. W: M. Czerwińska-Jasiewicz, E. Dryll (red.) Rozważania o rozwoju i wychowaniu. Warszawa, 127-143.

Kawula S. (1996). Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze" nr 1, 6-7.

Kazanowski Z. (2010). Postawy studentów wobec osób niepełnosprawnych – przegląd badań. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 81-97.

Kendall L. (2016). Higher education and disability: exploring student experiences. „Cogent Education" nr 3, 1-12.

Kennedy M., R., T. (2017). Coaching college students with executive function problems. New York. London.

Key E. (2005). Stulecie dziecka. Warszawa.

Kiedrowska M. (2016). Radzenie sobie ze stresem społecznie nieprzystosowanych uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Lublin.

Kieszkowska A. (2015). Realizacja zadań życiowych na bazie zasobów jednostki w procesie inkluzji społecznej. W: A. Bałandynowicz, L. Pytka, T. Zacharuk (red.) Edukacja inkluzyjna. Konteksty indywidualistyczne, wspólnotowe i transpersonalne. Siedlce, 155-172.

Kijaczko S. (2009). John Dewey i idea filozofii pragmatystycznej. Opole.

Kijak R. J. (2012). Dorosłość i starość osób niepełnosprawnych – wprowadzenie. W: R. Kijak (red.) Niepełnosprawność w zwierciadle dorosłości. Kraków, 7-14.

Kijak R. J. (2013). Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem. Warszawa.

Kirenko J. (1991). Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią. Lublin.

Kirenko J. (1995). Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Lublin.

Kirenko J. (2002). Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością. Ryki.

Kirenko J. (2004). Dylematy wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością. W: Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.) Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji. Lublin, 11-18.

Kirenko J. (2006). Oblicza niepełnosprawności. Lublin.

Kirenko J. (2011). Percepcja osób niepełnosprawnych. W: J. Plak (red.) Osoby niepełnosprawne. Szanse i zagrożenia godnego funkcjonowania w nowoczesnym społeczeństwie. Warszawa, 13-27.

Kirenko J. (2016). Refleksja nad integracją osób z niepełnosprawnością. W: S. Bębas, K. Jagielska, R. Kozioł (red.) Integracja społeczna i bezpieczeństwo osób niepełnosprawnych. Kraków, 31-41.

Kirenko J. (2018). Reakcje przystosowawcze a wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością ruchową o różnych typach temporalnej satysfakcji. „Horyzonty Wychowania” nr 17, 41-58.

Kirenko J., Bieganowska-Skóra A. (2018). Człowiek w sytuacji niepełnosprawności – nowe spojrzenie. W: Człowiek w sytuacji. Nie tylko z perspektywy psychologa. Studia inspirowane teorią Tadeusza Tomaszewskiego. Warszawa, 187-198.

Kirenko J., Byra S. (2011). Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Lublin.

Kirenko J., Korczyński M. (2008). Wobec niepełnosprawności. Lublin.

Kirenko J., Wawer R. (2015). Dystans versus tolerancja. Percepcja niepełnosprawności w badaniach eyetrackingowych. Lublin.

Kirke D. M. (2012). Analiza sieci społecznych. W: M. Gray, S. A. Webb (red.) Praca socjalna. Teoria i metody. Warszawa.

Kiwnik-Dahm A. (2015). Szczęśliwa osobowość – zasoby osobiste jako korelaty zadowolenia z życia. W: D. Wilczyńska, F. Makrut (red.) Psychologia pozytywna w aktywności fizycznej i fizjoterapii. Gdańsk, 23-34.

Klimkowska K. (2010). Funkcjonowanie społeczne młodzieży akademickiej. Lublin.

Kłodowska J. (2016). Obecność przekazu nadziei w poradniczych praktykach. W: E. Siarkiewicz, B. Wojtasik (red.) Uczenie się – Doświadczanie - Imersja. Poradnictwo zaangażowane. Wrocław, 40-62.

Kłosińska T. (2000). Droga do twórczości. Wdrażanie technik Celestyna Freineta. Kraków.

Kmiecik-Baran K. (1995a) Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. „Przegląd Psychologiczny" nr 38, 201-214.

Kmiecik-Baran K. (1995b). HIV/AIDS alienacja oraz wsparcie społeczne i odrzucenie społeczne. Gdańsk.

Knasiecka-Falbierska K. (2013). Młodzież akademicka. Aktualność Bourdieu'owskiej dystynkcji. W: M. Czerepaniak-Walczak (red.) Fabryka dyplomów czy universitas? O „nadwiślańskiej" wersji przemian w edukacji akademickiej. Kraków, 300- 311.

Kobylańska A. (2002). Niepełnosprawni studenci w Uniwersytecie Gdańskim. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 69-72.

Kokot K. (2007). Niepełnosprawni ruchowo w społeczeństwie obywatelskim. W: A. Szerląg (red.) Edukacja obywatelska w społeczeństwach wielokulturowych. Kraków, 377-389.

Kokot K. (2010a). Determinanty samodzielności osób niepełnosprawnych ruchowo w latach 1945-2001 w Polsce na przykładzie Dolnego Śląska. Toruń.

Kokot K. (2010b). Niepełnosprawność ruchowa a architektura czyli szkic o upośledzeniu w przestrzeni. W: K. Kamińska (red.) Miejskie wojny. Edukacyjne dyskursy przestrzeni. Wrocław, 39-56

Kohlberg L. (1981). Essays in moral development, t. I: The psychology of moral development. New York.

Kohlberg L., Higgins A., Tappan M., Schrader D. (1984). Appendix C: from substages to oral types: heteronomous and autonomous morality. W: L. Kohlberg, Essays in moral development, t. II: The psychology of moral development. New York, 652-683.

Kołota J. (2015). Zdolność psychofizyczna osób niepełnosprawnych do obejmowania i pełnienia urzędów w strukturach państwowych i kościelnych. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 157-176.

Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich (2016). Dokument nr 52/VI w sprawie wyrównywania szans edukacyjnych studentów z niepełnosprawnościami w dostępie do kształcenia w szkołach wyższych.

Konieczna E. J. (2010). Poczucie sensu życia osób niepełnosprawnych ruchowo. Kraków.

Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych. (2017). Warszawa.

Kopeć D. (2007). Nowe konteksty teoretyczne rozumienia autonomii w polskiej pedagogice specjalnej. W: T. Żółkowska (red.) Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość. Konteksty pedagogiki specjalnej. T. II, Szczecin, 157-164.

Korczak J. (2017). Prawo dziecka do szacunku. Warszawa.

Korzon A. (2005). Autonomia niepełnosprawnych warunkiem ich pełnej rehabilitacji. W: A. Klinik, J. Rottermund, Z. Gajdzica (red.) Edukacja-socjalizacja-autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej. Kraków, 13-18.

Korzon A. (2006). Społeczeństwo wobec autonomii osób niesłyszących. W: Z. Palak (red.) Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie. Lublin, 131-138.

Korzon A. (2013). Tłumacze języka migowego na uczelni wyższej. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 145-150.

Korzon A., Sikorska J. (1999). Szanse rozwoju młodzieży niesłyszącej – kształcenie na poziomie wyższym. W: M. Kościelska, B. Aouil (red.) Człowiek niepełnosprawny. Zagrożenia i szanse rozwoju. Bydgoszcz, 190-196.

Kosakowski Cz. (1997). Problem podmiotowości i autorewalidacji w pedagogice specjalnej. W: H. Machel (red.) Problem podmiotowości człowieka w pedagogice specjalnej. Toruń, 37-47.

Kosakowski Cz. (2003). Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej. Toruń.

Kosakowski Cz. (2016). Przymus w pracy pedagoga specjalnego. W: U. Bartnikowska, Cz. Kosakowski (red.) Pedagog specjalny – dylematy roli. Olsztyn, 79-87.

Kościelak R. (2010). Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonanie o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Kraków.

Kościelniak M. (2004). Zrozumieć Rogersa. Studium koncepcji pedagogicznych Carla R. Rogersa. Kraków.

Kowalczyk S. (1994). Człowiek a społeczeństwo: zarys filozofii społecznej. Lublin.

Kowalik S. (1996). Autonomia osób upośledzonych umysłowo w procesie rehabilitacji – „za" a nawet „przeciw". W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych (Od diagnozy do prognoz i do działania). Poznań, 49-59.

Kowalik S. (1996). Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Warszawa.

Kowalik S. (2003). Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraconego rozwoju. W: K. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.) Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Kraków 61-78.

Kowalik S. (2007). Psychologia rehabilitacji. Warszawa.

Kowalik S. (2009). Wykorzystanie ruchu w rehabilitacji osób niepełnosprawnych: historia idei i ich praktycznych zastosowań. W: S. Kowalik (red.) Kultura fizyczna osób z niepełnosprawnością. Gdańsk, 23-64.

Kowalik S. (2018). Stosowana psychologia rehabilitacji. Warszawa.

Kowaluk M., Bieganowska A. (2010). Edukacja akademicka osób niepełnosprawnych. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Studenci niepełnosprawni. Wybrane konteksty. Lublin, 133-144.

Kozielecki J. (2001). Psychotransgresjonizm. Nowy kierunek psychologii. Warszawa.

Krajewska A. (2004). Jakość kształcenia uniwersyteckiego – ujęcie pedagogiczne. Białystok.

Krakowiak K., Krakowiak Ł. (2003). Trudności niesłyszących jako wyzwanie do odpowiedzialności i ustawicznego dialogu. W: K. Krakowiak, R. Kołodziejczyk, A. Borowicz, E. Domagała-Zyśk (red.) Student niesłyszący we wspólnocie akademickiej. Informator o warunkach edukacji wyższej osób z uszkodzeniem słuchu. Lublin, 9-34.

Krause A. (2003). Wielość poziomów integracji – konsekwencje dla teorii i praktyki. W: M. Chodkowska (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce edukacyjnej. Lublin, 59-64.

Krause A. (2004). Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych. Kraków.

Krause A. (2008). Nauka autonomii jako podstawa odkrywania siebie i świata przez dziecko z niepełnosprawnością intelektualną. W: W. Pilecka, K. Bidziński, M. Pietrzakiewicz (red.) O poznawaniu siebie i świata przez dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Kielce, 25-30.

Krause A. (2011). Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej. Kraków.

Krawczyk-Bocian A. (2016). Biograficzne doświadczenia (nie)pełnosprawności. W świetle teorii dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego. Bydgoszcz.

Krąpiec M. (1991). Ja-człowiek. Lublin.

Kroplewski Z., Mikuć J., Szcześniak M. (2018). Poczucie sensu życia a samoocena osób z niepełnosprawnością ruchową – doniesienie wstępne. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo" nr 1(39), 47-65.

Król K. M. (2017). Potrzeby i oczekiwania społecznego uczestnictwa studentów niepełnosprawnych ruchowo w życiu akademickim a możliwości ich realizacji. W: J. Niedbalski, M. Racław, D. Żuchowska-Skiba (red.) Oblicza niepełnosprawności w teorii i praktyce. Łódź, 265-280.

Kruk-Lasocka J. (2007). Samostanowienie, edukacja inkluzyjna a integracja na poziomie przedszkolnym. W: T. Żółkowska (red.) Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość, Szczecin, 87-92.

Kruszewska A. (2013). Integracja w edukacji – sens i założenia. W: J. Skibska, E. Kochanowska (red.) Uczeń w teorii i praktyce pedagogicznej – dylematy współczesnej edukacji. Bielsko-Biała, 67-77.

Krystkowiak B. (2013). Kształcenie studentów nie(do)słyszących – problemy i postulaty. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 151-161.

Krzewniak D. (2018). Samoocena a bezpieczeństwo osób z niepełnosprawnością. "Student niepełnosprawny: Szkice i Rozprawy" z. 18, nr 11, 55-64.

Krzyminiewska G. (2008). Studenci niepełnosprawni na polskich uczelniach – z doświadczeń Akademii Ekonomicznej w Poznaniu. W: G. Miłkowska, B. Olszak-Krzyżanowska (red.) Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian. Kraków, 70-75.

Kubasińska Z., Bergier B., Bergier J. (2011). Uczestnictwo w turystyce i rekreacji ruchowej osób niepełnosprawnych zamieszkałych w miastach i wsiach województwa lubelskiego. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" T. 17, nr 4, 189-193.

Kubicki P. (2017). Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnościami. Warszawa.

Kubicki P. (2019). Wyzwania polityki publicznej wobec osób z niepełnosprawnościami. Warszawa.

Kucha R. (2004). Pedagogika Marii Montessori. W: B. Śliwerski (red.) Pedagogika 1. Podręcznik akademicki. Warszawa, 324-334.

Kukla D., Duda W., Czerw-Bajer M. (2011). Osoby niepełnosprawne w systemie edukacji i poradnictwa zawodowego. Warszawa.

Kulik L. (2018). Through adversity comes strength: volunteering and self-esteem among people with physical disabilities. „Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations" vol. 29, nr 1, 174-189.

Kulpa A. (2010). Funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w roli studenta. W: B. Gąciarz (red.) Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej. Warszawa, 118-146.

Kumaniecka-Wiśniewska A. (2015). Wsparcie najbliższego otoczenia w procesie zdobywania wyższego wykształcenia i zatrudnienia przez osoby niepełnosprawne. W: E. Giermanowska, A. Kumaniecka-Wiśniewska, M. Racław, E. Zakrzewska-Manterys (red.) Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy. Warszawa, 51-86.

Kupisiewicz Cz., Kupisiewicz M. (2009). Słownik Pedagogiczny. Warszawa.

Kupisiewicz M. (2013). Słownik Pedagogiki Specjalnej. Warszawa.

Kurpiel D. (2011). Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania osób dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym o różnym zakresie niepełnosprawności. Kraków.

Kusideł E., Podgórska-Jachnik D., Potoczna M. (2018). Osoby niesamodzielne w województwie łódzkim, Regionalne Centrum Polityki Społecznej, Łódź.

Kutek-Sładek K. (2007). Studia wyższe szansą dla osób niepełnosprawnych. W: M. Flanczewska-Wolny (red.) Jakość życia w niepełnosprawności – mity a rzeczywistość. Gliwice-Kraków, 211-221.

Kwieciński Z. (1998). Nowe potrzeby i kierunki zmian kształcenia pedagogów i nauczycieli. W: K. Pacławska (red.) Tradycja i wyzwania. Edukacja, niepodległość, rozwój. Kraków, 53-77.

Labrague L. J., McEnroe-Petitte D. M., Gloe D., Thomas L., Papathanasiou I. V., Tsaras K. (2016). A literature review on stress and coping strategies in nursing students. „Journal of Mental Health" vol. 26, nr 5, 471-480.

Lach-Rosocha J. (2004). Dojrzałość osobowa jako cel edukacji aksjologicznej. W: J. Kostkiewicz (red.) Aksjologia edukacji dorosłych. Lublin, 245-257.

Larrson-Lund M., Fisher A. G. Lexell J., Bernspång B. (2007). Impact on participation and autonomy questionnaire: internal Scale validity of the swedish version for use in people with spinal cord injury. "Journal of Rehabilitation Medicine" vol. 39, nr 2, 156-162.

Lausch-Chudy M. (2014). O oczekiwaniach młodzieży względem wsparcia społecznego – jakiego wsparcia udzielać? W: M. Pieronek (red.) Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo: od teorii do praktyki. Toruń, 158-171.

Leary M. R., E. S. Tambor, S. K. Terdal, D. L. Downs (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: the sociometer hypothesis. "Journal ol"Personality and Social Psychology" vol. 68, nr 3, 518-530.

Lee Y., Hong I., Lee M. J., Park H. Y. (2019). Identifying risk of depressive symptoms in adults with physical disabilities receiving rehabilitation services: propensity score approaches. „Annals of rehabilitation medicine" vol. 43, nr 3, 250-261.

Lejzerowicz M. (2017). Identity and its reconstrucion and disabled people. „International Journal on Disability and Human Development" vol. 16, nr 1, 19-24.

Lewicka A. (2010a). Analiza wybranych cech osobowości studentów lubelskich uczelni. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 99-111.

Lewicka A. (2010b). Empatia studentów a doświadczenie i stosowanie przez nich przemocy. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 113-130.

Lewin A. (1976). Celestyn Freinet i jego dzieło pedagogiczne. W: C. Freinet (red.) O szkołę ludową. Wrocław. Warszawa. Kraków. Gdańsk, 28-66.

Levens S. M., Elrahal F., Sagui S. J. (2016). The role of family support and perceived stress reactivity in predicting depression in College Freshman. „Journal of Social and Clinical Psychology" vol. 35, nr 4, 342-355.

Li L., Wu X. -L., Xu L. (2018). Factors affecting self-perceived participation and autonomy among patients with burns: A follow-up study. "Burns" vol. 44, nr 8, 2064–2073.

Liberska H. (2007). Współczesny obraz moratorium. W: B. Harwas-Napierała, H. Liberska (red.) Tożsamość a współczesność. Nowe tendencje i zagrożenia. Poznań, 25-51.

Liberska H. (2011). Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym: możliwości i ograniczenia rozwoju. Warszawa.

Liberska H., Matuszewska M. (2011). Model rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. W: H. Liberska (red.) Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym – możliwości i ograniczenia rozwoju. Warszawa, 41-65.

Lindsay S. (2017). Enablers and barriers affecting motor vehicle tranportation among children and youth with physical disabilities: a scoping review. W: L. Mitchell (red.) Physical disabilities. Perspective, risk factors and quality of life. New York, 47-73.

Lipińska-Lokś J. (2011). Osoba niepełnosprawna w roli studenta – możliwości i ograniczenia (przegląd zagadnień). W: H. Ochonczenko, M. Czerwińska, M. Garbat (red.) Osoby z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Wybrane zagadnienia. Zielona Góra, 139-157.

Lipińska-Lokś J. (2013). Szkoła wyższa w trosce o społeczną integrację osób z niepełnosprawnością. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 101-116.

Little D. (1995). Learning as dialogue: the dependence of learner autonomy on teacher autonomy. "System" vol. 23, nr 2, 175-181.

Livneh H., Antonak R., F. (1995). Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with multiple sclerosis. „Social Science & Medicine” vol.40, nr 8, 1099-1108.

Livneh H., Lott S. M., Antonak R. F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. „Psychology, Health and Medicine” vol. 9 (4), 411-430.

Livneh H. Martz E. Wilson L. M. (2001). Denial and perceived visibility as predictors of adaptation to disability among college students. "Journal of Vocational Rehabilitation" nr 16, s. 227-234.

Lizoń-Szłapowska D. (2008). Wybrane aspekty kształcenia studentów niepełnosprawnych na uczelni technicznej. W: T. Żółkowska, M. Wlazło (red.) Socjopedagogiczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Szczecin, 363-367.

Loebl W. (2003). Drogi osiągania autonomii przez osoby niepełnosprawne. W: K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.) Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Gdańsk, 389-396.

Lombardi A., Murray Ch., Kowitt J. (2016). Social support and academic success for college students with disabilities: Do relationship types matter? „Journal of Vocational Rehabilitation, vol. 44, nr 1, 1-13.

Lonsdale S. (1990). Women and disability. The experience of physical disability among women. London.

Loprest P., Maag E. (2003). The relationship between early disability onset and education and employment. Washington.

Lubawy H. (2013). Akademicka Biblioteka Cyfrowa nową jakością w dostępie do literatury fachowej dla studentów z dysfunkcją narządu wzroku. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 137-144.

Lucas J. W., Greenberg M., Beavan K. (2018). Research on physical disability in sociological social psychology; the state of field and future directions. „Sociology compass” vol. 12, 1-11.

Lynch K. (2012). Oświata jako miejsce zmiany: dbanie o równość i przeciwdziałanie niesprawiedliwości. W: G. Mazurkiewicz (red.) Jakość edukacji. Różnorodne perspektywy. Kraków, 29-64.

Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. „Psychologia Społeczna" nr 2, 164-176.

Łaguna M. (2015). Zasoby osobiste jako potencjał w realizacji celów. „Polskie Forum Psychologiczne" t. 20, nr 1, 5-15.

Łapiński B. (1988). Rola rodziny w osiąganiu autonomii przez dziecko w okresie dorastania. „Psychologia Wychowawcza" nr 5, 499-508.

Łobocki M. (2011). Metody i techniki badań pedagogicznych. Kraków.

Łosiak W. (2008). Psychologia stresu. Warszawa.

Łuków P. (2005). Granice zgody: autonomia zasad i dobro pacjenta. Warszawa.

Łuszczyńska A., Schwarzer (2008). Od ogólnych do specyficznych przekonań o własnej skuteczności – utrzymywanie i odzyskiwanie zdrowia w świetle teorii społeczno-poznawczej. W: J. M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.) Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki. Gdańsk, 47-61.

Machel H. (2006). Zagrożenia współczesnej młodzieży polskiej – potrzeba diagnozy. W: B. Bykowska, M. Szulc (red.) Zagrożenia współczesnej młodzieży polskiej – w poszukiwaniu tożsamości. Gdańsk, 15-23.

Maczka K. (1990). Assessing physically disabled people at home. Bristol.

Magnuszewska-Otulak G. (2009). Uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Warszawa.

Majewicz P. (2001). Funkcjonowanie społeczne młodzieży z dysfunkcjami narządu ruchu. W: B. Kaczmarek, K. Markiewicz, S. Orzechowski (red.) Nowe wyzwania w rozwoju człowieka. Lublin, 277-283.

Majewicz P. (2002). Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. Kraków.

Majewicz P. (2003). Stopień ograniczenia sprawności motorycznej jako czynnik modyfikujący psychospołeczne funkcjonowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. W: B. Kaja (red.) Wspomaganie rozwoju – pcychostymulacja i psychokorekcja. Bydgoszcz, 282-293.

Majewicz P. (2010). Psychopedagogiczne problemy osób z niepełnosprawnością ruchową w biegu życia. W: J. Wyczesany (red.) E. Dyduch (współpraca). Krakowska Pedagogika Specjalna. Kraków, 215-248.

Majewicz P. (2011). Zalety sygnaturowe młodzieży niepełnosprawnej somatycznie, czyli spojrzenie na osobowość człowieka w sytuacji choroby lub dysfunkcji z perspektywy psychologii pozytywnej. W: A. Klinik, D. Prysak (red.) Edukacja i socjalizacja w życiu osoby niepełnosprawnej. Sosnowiec, 59-71.

Majewicz P. (2012). Psychospołeczna adaptacja osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie dorosłości. Kraków.

Majewicz P. (2019). Rehabilitacja osób z niepełnosprawnością z perspektywy psychologii pozytywnej. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo" nr 2, 29-49.

Majewicz P., M. Kościółek, E. Dyduch (2017). Psychoedukacja jako forma stymulacji rozwoju osób z niepełnosprawnością. W: P. Majewicz, M. Kościółek, E. Dyduch (red.) Psychoedukacja w procesie wspomagania rehabilitacji osób z niepełnosprawnością. Kraków, 11-24.

Maldonado-Sánchez M., Aguinaga-Villegas D., Nieto-Gamboa J., Fonseco-Arellano F., Shardin-Flores L., Cadenillas-Albornoz V. (2019). Learning strategies for the development of the autonomy of secondary school students. „Journal of Educational Psychology - Propositos y Representaciones" vol. 7, nr 2, 415-439.

Malina A. (2014). Radzenie sobie i wartościowanie zadań rozwojowych przez młodych dorosłych w kontekście przemian współczesnego świata. W: H. Liberska, A. Malina, D. Suwalska-Barancewicz (red.) Współcześni ludzie wobec wyzwań i zagrożeń XXI wieku. Warszawa, 79-89.

Marciniak M. (2013). Orientacje konsumpcyjne młodzieży akademickiej – fragmenty raportu z badań z komentarzem. W: M. Czerepaniak-Walczak (red.) Fabryki dyplomów czy universitas? O „nadwiślańskiej" wersji przemian w edukacji akademickiej. Kraków, 245-274.

Marciniak-Madejska N. (2014). Osoby z niepełnosprawnością na wsi – bariery integracji społecznej. „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej" nr 5, 51-67.

Marek B. (2002). Niewidomy anglista z doświadczeń Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 35-45.

Marshall (red.) (2005). Słownik socjologii i nauk społecznych. Warszawa, 21.

Marszałek L. (2006). Niepełnosprawność, kobiecość, rodzina. Warszawa.

Marszałek L. (2007). Społeczny kontekst niepełnosprawności. „Seminare. Poszukiwania naukowe” t. 24, 339-353.

Marszałek L. (2009). Doświadczenie niepełnosprawności w perspektywie zadań rozwojowych R. Havighursta. W: I. Chrzanowska, B. Jachimczak, D. Podgórska-Jachnik (red.) Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Trudy dorastania, trudy dorosłości. Łódź, 137-142.

Martin S., Griffiths C. (2016). The leisure experiences of university students with physical disabilities in Ireland. „Leisure/Loisir” vol. 40, nr 4, 447-467.

Martz E. (2004). A one-year follow-up study on psychosocial adaptation of college students with disabilities. "Journal of Vocational Rehabiliation" nr 21, 1-7.

Maslow A. (2006). Motywacja i osobowość. Warszawa.

Masłyk T. (2019). Po pierwsze człowiek. Kapitał społeczny osób niepełnosprawnych w Polsce. Warszawa.

Masłyk T., Migaczewska E. (2014). Charakter użytkowania Internetu przez osoby niepełnosprawne i sprawne w perspektywie cyfrowego wykluczenia – analiza porównawcza. „Studia Socjologiczne” nr 2, 175-201.

Matuszewska M. (2003). Funkcjonowanie w rolach rodzicielskich jako źródło rozwoju młodych dorosłych. W: B. Harwas-Napierała (red.) Rodzina a rozwój człowieka dorosłego. Poznań, 25-47.

Matyjas B. (2010). Interwencja kryzysowa jako nowa forma pomocy i wsparcia społecznego. W: A. Kanios, M. Czechowska-Bieluga (red.) Praca socjalna. Kształcenie-działania-konteksty. Kraków, 175-182.

Mazurek A. (2019). Dostępność teatrów publicznych dla osób z niepełnosprawnościami. „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo” nr 1 (43), 59-72.

McGarity-Palmer R. , Excell S., Ferrari J. R. (2019). “I can’t decide, and it upsets me”: assessing self-critical cognition, indecision, and hope among young adults. “Current Issues in Personality Psychology”

Męczkowska A. (2006). Podmiot i pedagogika: od oświeceniowej utopii ku pokrytycznej dekonstrukcji. Wrocław.

Michalak R. (2011). Rola wsparcia społecznego w procesie zmagania się jednostki z kryzysami rozwojowymi. W: H. Krauze-Sikorska (red) Wymiary społecznego uczestnictwa w życiu. Między dzieciństwem a dorosłością. Poznań, 315-327.

Międzynarodowa Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (2009). Światowa Organizacja Zdrowia. Geneva.

Mikrut A. (2009). O autorewalidacji jako efekcie i drodze ku podmiotowości oraz autonomii osoby z niepełnosprawnością. W: J. Rottermund (red.) Zmaganie się z niepełnosprawnością: kolejne wyznaczniki. Kraków, 29-37.

Mikrut A. (2013). Kształcenie integracyjne na poziomie wyższym w kontekście podmiotowości studenta z niepełnosprawnością. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 45-56.

Miksza M. (2007). Związki Marii Montessorii (1870-1952) z pedagogiką specjalną. W: T. Żółkowska (red.) Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość. Konteksty pedagogiki specjalnej. T. II. Szczecin, 425-433.

Milerski B. (2004). Pedagogika kultury. W: B. Śliwerski (red.) Pedagogika 1. Podręcznik akademicki. Warszawa, 220-231.

Miłkowska G. (2005). Aspiracje życiowe studentów niepełnosprawnych. W: H. Ochonczenko, G. Miłkowska (red.) Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej. Kraków, 66-88.

Minczakiewicz E. M. (2009). Edukacja włączająca jako imperatyw normalizacji w biegu życia osób niepełnosprawnych. W: D. Czajkowska-Ziobrowska, A. Zduniak (red.) Edukacyjne zagrożenia i wyzwania młodego pokolenia. Poznań, 337-334.

Minczakiewicz E. M. (2012). „Obraz siebie" młodzieży z niepełnosprawnością a jej postępy w studiowaniu i budowaniu relacji ze społecznością akademicką. W: N. Starnik, A. Zduniak (red.) Podmiotowość w edukacji wobec odmienności kulturowych oraz społecznych zróżnicowań. Poznań, 263-287.

Modrzewski J. (2014). Wsparcie społeczne jako czynnik wzorujący współczesne scenariusze biograficzne. W: M. Piorunek (red.) Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki. Toruń, 15-49.

Moffett D. W., Tejeda A. R. (2014). Mentoring resulting in a new model: affect-centered transformational leadership. Albuquerque.

Monist-Czerwińska M. (2010). Integracja osób niepełnosprawnych w środowisku akademickim. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 145-154.

Montessori M. (2005). Domy dziecięce. Warszawa.

Morales E. E., Trotman F. K. (2011). A focus on hope. Fifty resilient students speak. Lanham.

Moriña A., Cortes-Vega M. D., Molina V. M. (2015). What if we could imagine the ideal faculty? Proposals for improvement by university students with disabilities. „Teaching and Teacher Education" vol. 52, 91-98.

Moś W. J. (2009). Edukacja osób niepełnosprawnych na poziomie szkoły wyższej. W: T. Żółkowska, L. Konopska (red.) W kręgu niepełnosprawności – teoretyczne i praktyczne aspekty poszukiwań w pedagogice specjalnej. Szczecin, 103-114.

Murray Ch., Lombardi A., Bender F., Gerdes H. (2013). Social support: main and moderating on the relation between financial stress and adjustment among college students with disabilities. "Social Psychology of Education" vol. 16, nr 2, 277-295.

Musiał E. (2013). Tutoring w pracy nowoczesnego nauczyciela. W: J. Skibska, E. Kochanowska (red.) Uczeń w teorii i praktyce pedagogicznej – dylematy współczesnej edukacji. Bielsko-Biała, 53-65.

Muszyńska E. (1998). Swoboda, przymus i przemoc w relacjach dziecko – dorosły. Poznań.

Müller R., Peter C., Cieza A., Geyh S. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury – a systematic review of literature. „Spinal Cord" nr 50, 94-106.

Mynarska E. (2015). Edukacja akademicka osób niepełnosprawnych a ich aktywność zawodowa. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 113-134.

Nabiałek A. (2013). Lektorat języka angielskiego dla studentów z zaburzeniami analizatora słuchowego. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 163-171.

National Council on Disability (2004). Improving educational outcomes for students with disabilities. Washington.

Neill A. S. (1991). Summerhill. Katowice.

Niedbalski J. (2013). Między kontrolą a autonomią – instytucjonalne uwarunkowania życia niepełnosprawnych intelektualnie mieszkańców domu pomocy społecznej. "Niepełnosprawność – zagadnienia, problem, rozwiązania" nr IV, 47-64.

Niedbalski J. (2015a). Sport jako narzędzie aktywizacji i społecznej integracji osób z niepełnosprawnością fizyczną. "Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje" nr 28(1), 101-118.

Niedbalski J. (2015b). Przemiany percepcji własnego ciała przez osoby z niepełnosprawnością fizyczną uprawiające sport. "Studia socjologiczne" vol. 218, 221-240.

Niedbalski J. (2018). Dekonstrukcja tożsamości osoby z nabytą dysfunkcją ruchową organizmu – socjologiczna analiza procesu (nie)radzenia sobie z niepełnosprawnością. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo" vol. 41, nr 3, 47-62.

Niedzielski E. (2014). Wybrane problemy zatrudnienia osób niepełnosprawnych. "Optimum. Studia Ekonomiczne" nr 2, 158-166.

Niedźwiecka B., Słońska Z., Taran Y. (2012). Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Komptencji Zdrowotnych [HLS-EU]. "Zdrowie Publiczne i Zarządzanie" t. 10, nr 3, 210-218.

Noga M., Trusz S. (2007). Studenci wobec programu kształcenia akademickiego. W: D. Skulicz (red.) Studenci we wspólnocie akademickiej. Kraków, 65-84.

Nowacka M. (2005). Autonomia pacjenta jako problem moralny. Białystok.

Nowak A. (2012). Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych. Katowice.

Nowak M., Śniegowski K., Cieśla P. (2015). Choroba zwyrodnieniowa stawów w ujęciu biopsychospołecznym. W: M. Bidzan, Ł. Bieleninik, A. Szulam-Wardal (red.) Niepełnosprawność ruchowa w ujęciu biopsychospołecznym. Wyzwania diagnozy, rehabilitacji i terapii. Gdańsk, 31-50.

Nowak-Adamczyk D. (2014). Studenci z zaburzeniami psychicznymi w przestrzeni akademickiej – system wsparcia edukacyjnego na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" nr 4, 73-94.

Nowak-Dziemanowicz M. (2012). Kompetencje społeczne jako jeden z efektów kształcenia w Krajowych Ramach Kwalifikacji w kontekście pytań o cele i funkcje edukacji. Warszawa.

Nowicka A. (2005). Postrzeganie przez niepełnosprawnych studentów postaw wobec ich osoby koleżanek i kolegów z roku. W: H. Ochonczenko, G. Miłkowska (red.) Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej. Kraków, 225-240.

Nowicka A., Sendyk M. (2018). Społeczno-osobowe przystosowanie studentów Uczelni Jana Wyżykowskiego w środowisku akademickim. „Zeszyty Naukowe UJW. Studia z Nauk Społecznych" nr 11, 167-186.

Ntombela S. (2013). Inclusive education and training in South African higher education: Mapping the experiences of a student with physical disability at University. „Africa Education Review" vol. 10, nr 3, 483-501.

Nussbaum M. C. (2008). Kształcenie dla zysków, kształcenie dla wolności. W: B. D. Gołębniak (red.) Pytanie o szkołę w trosce o człowieczeństwo. Wrocław, 65-89.

Nussbaum M. C. (2011). Creating capabilities. The human development approach. Cambridge, Massachusetts, London.

Obradović J., Masten A. S. (2007). Development antecedents of young adult civic engagement. „Applied Developmental Science" vol.11, nr 1, 2-19.

Obuchowska I. (1990). Rodzinne konflikty młodzieży niepełnosprawnej związane z realizacją potrzeby autonomii. W: M. Tyszkowa (red.) Rodzina a rozwój jednostki. Poznań, 55-73.

Obuchowska I. (1994). Autonomia niepełnosprawnej młodzieży. W: J. Fenczyna, J.Wyczesany (red.) Edukacja i integracja osób niepełnosprawnych. Kraków, 111-117.

Obuchowska I. (1996). O autonomii w wychowaniu niepełnosprawnych dzieci i młodzieży. W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych (Od diagnozy do prognoz i do działania). Poznań, 15-23.

Obuchowski K. (1996). Subiektywne warunki autonomii psychicznej. W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych (Od diagnoz do prognoz i do działań). Poznań, 25-29.

Obuchowski K. (2015). Autonomia jednostki a osobowość. W: J. Brzeziński, S. Kowalik (red.) Wokół psychologii osobowości. Perspektywa kliniczna i humanistyczna. Poznań, 142-171.

Ochonczenko H. (2005). Potrzeba własnej wartości i jej rola w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych. W: H. Ochonczenko, A. Nowicka (red.) Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych. Kraków, 53-65.

Ochonczenko H. (2007). Osoba niepełnosprawna – jej przekonanie o własnej skuteczności w poszukiwaniu swego miejsca na rynku pracy. W: B. Pietrulewicz, M. A. Paszkowicz (red.) Osoby z niepełnosprawnością na współczesnym rynku pracy. Mobilność pracowników. Zielona Góra, 29-45.

Ochonczenko H. (2008). Poczucie skuteczności niepełnosprawnych studentów. W: T. Żółkowska, M. Wlazło (red.) Socjopedagogiczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Szczecin, 289-300.

Ochonczenko H. (2010). Poczucie samoskuteczności a aspiracje zawodowe studentów z niepełnosprawnością. W: B. Gąciarz (red.) Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej. Warszawa, 212-233.

Ochonczenko H. (2011a). Osoby z dysfunkcją narządu ruchu. W: H. Ochonczenko, M. Czerwińska, M. Garbat (red.) Osoby niepełnosprawne w szkole wyższej. Wybrane zagadnienia. Zielona Góra, 47-69.

Ochonczenko H. (2011b). Poczucie własnej skuteczności studentów z (nie)pełnosprawnością – wybrane aspekty. W: H. Ochonczenko, M. Czerwińska, M. Garbat (red.) Osoby niepełnosprawne w szkole wyższej. Wybrane zagadnienia. Zielona Góra, 159-187.

Ochonczenko H. (2015). Turystyka jedną z podstawowych determinant potencjału zdrowotnego studentów z (nie)pełnosprawnością. W: B. Szczupał, Katarzyna Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 285-305.

Ogińska-Bulik N. (2013). Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Warszawa.

Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010). Osobowość, stres a zdrowie. Warszawa.

Olechnowicz A. (2016). Specjalne potrzeby edukacyjne. Warszawa.

Oleniacz M. (2016) O nadziei w przestrzeniach poradnictwa rehabilitacyjnego. W: E. Siarkiewicz, B. Wojtasik (red.) Uczenie się – Doświadczanie – Imersja. Poradnictwo zaangażowane. Wrocław, 104-126.

Oleszkowicz A., Misztal A., (2017). Wybrane aspekty realizacji zadań rozwojowych a procesy tożsamościowe u kobiet we wczesnej dorosłości. „Psychologia rozwojowa” nr 4, 75-88.

Oleszkowicz A., Senejko A. (2013). Psychologia dorastania. Zmiany rozwojowe w dobie globalizacji. Warszawa.

Oleś P. (2011). Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość - zmiana - integracja. Warszawa.

Oli D. Y. (2018). Challenges and opportunities experienced by students with physical disabilities (SWPD’s) in Wollega Zones. „Indian Journal of Health and well-being” vol. 9, nr 10-12, 964-968.

Olszak-Krzyżanowska B. (2008). Problemy życiowe osób niepełnosprawnych z uszkodzonym narządem ruchu. W: G. Miłkowska, B. Olszak-Krzyżanowska (red.) Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych w kontekście społecznych zmian. Kraków, 199-212.

Olszewska B. (2009). Etyka i motywy działań pomocowych wobec osób niepełnosprawnych na przykładzie działań wyższej uczelni na rzecz studentów z niepełnosprawnością. W: D. Podgórska-Jachnik (red.) Problemy rzecznictwa i reprezentacji osób niepełnosprawnych. Łódź, 39-54.

Osik-Chudowolska D. (2013). Wsparcie społeczne uczniów niepełnosprawnych w szkolnych oddziałach integracyjnych. W: A. Zamkowska (red.) Wykluczenie społeczne a potrzeby wsparcia społecznego. Warszawa, 237-250.

Osóbka K. (2013). Znaczenie samodzielnej działalności w środowisku akademickim studentów z niepełnosprawnością. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 245-250.

Ossowski R. (2003). Student niepełnosprawny w systemie szkolnictwa wyższego. W: H. Wolska (red.) Niepełnosprawność a edukacja akademicka. Materiały konferencyjne Łódź 25 kwietnia 2003. Łódź, 39-47.

Ostrowska A. (2003). Kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych – bariery dorosłości. W: K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.) Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Kraków, 51-60.

Ostrowska A. (2015). Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993-2013. Warszawa.

Ostrowska A., Sikorska J., Gąciarz B. (2001). (red.) Osoba niepełnosprawna w Polsce w latach dziewięćdziesiątych.

Ostrowska M., Michcik A. (2016). Problemy osób niepełnosprawnych na rynku pracy oraz wyzwania związane z ich aktywizacją. „Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka” nr 10, 20-23.

Otapowicz D., Goryń P., Truszkowska M. (2014). Autonomia uczenia się studentów niepełnosprawnych. W: D. Wolska (red.) Osoby niepełnosprawne w drodze do dorosłości. Kraków, 81-89.

Otapowicz D., Sakowicz-Bobryko A., Bilewicz M., Wyrzykowska-Koda D. (2016). Autonomia osób z niepełnosprawnością. Białystok.

Otapowicz D., Truszkowska M. (2014). Wsparcie studentów z autyzmem w procesie kształcenia. W: D. Wolska (red.) Osoby niepełnosprawne w drodze ku dorosłości. Kraków, 239-245.

Ozga A. (2017). Rodzic wobec zadań związanych z realizacją indywidualnych potrzeb dziecka wynikających z niepełnosprawności. W: B. Antoszewska, I. Myśliwczyk (red.) Jest człowiek z niepełnosprawnością. Pola Refleksji. Poznań, 187-201.

Pachowicz M. (2013). Próba wyjścia z rezerwatu. O paradoksach ukrytych w edukacji i rewalidacji osób niepełnosprawnych. W: Z. Gajdzica (red.) Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacie przestrzeni publicznej. Kraków, 327-346.

Palak Z. (2002). Studiowanie osób z niepełnosprawnością na UMCS – realia i wyzwania. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 92-98.

Palak Z. (2012). Dystans społeczny wobec osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności – wczoraj i dziś. W: M. Parchomiuk, B. Szabała (red.) Dystans społeczny wobec osób z niepełnosprawnością jako problem pedagogiki specjalnej. Lublin, 41-51.

Palka S. (2007). Student jako osoba nauczana i jako partner nauczyciela akademickiego. W: D. Skulicz (red.) Studenci we wspólnocie akademickiej. Kraków, 99-103.

Palus K. (2007). Realizacja zadań rozwojowych jako czynnik i kryterium rozwoju indywidualnego. W: B. M. Kaja, A. Molesztak (red.) Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja. Bydgoszcz, 40-51.

Papasotiriou M., Windle J. (2012). The social experience of physically disabled Australian university students. “Disability & Society” vol. 27, nr 7, 935–947.

Parchomiuk M. (2010). Radzenie sobie z problemami przez studentów niepełnosprawnych. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 15-31.

Parchomiuk M., Byra S. (2006). Rodzaje niepełnosprawności a poczucie jakości życia. W: Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.) Jakość życia a niepełnosprawność – konteksty psychopedagogiczne. Lublin, 25-34.

Paszkowicz M. A. (2009). Wybrane aspekty funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami. Zielona Góra.

Paszkowicz M. A. (2010). Losy zawodowe absolwentów szkół wyższych – niepełnosprawnych mieszkańców województwa lubuskiego. W: B. Gąciarz (red.) Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej. Kraków, 258-276.

Pauluk D. (2011). W blasku ideałów i w cieniu codziennego życia – uniwersytet wczoraj, dziś i jutro. „Kultura i Historia" nr 20, cz. 2, 1-10.

Pawłowski P. (2003). Niepełnosprawne studiowanie niepełnosprawnych. W: H. Saryusz-Wolski, R. Figlewicz, D. Wodnicka, P. Ciołkiewicz (red.) Niepełnosprawność a Edukacja Akademicka. Łódź, 11-26.

Penczek M. (2014). Autonomia osób niepełnosprawnych z perspektywy koncepcji ludzkich zdolności Marthy Nussbaum. W: M. Bełza, D. Prysak (red.) Konstruowanie świata osób niepełnosprawnych – różne aspekty rzeczywistości. Katowice, 103-180.

Perdeus-Białek M. (2007). Studenci niepełnosprawni w szkole wyższej - wyzwanie i obowiązek. W: D. Skulicz (red.) Studenci we wspólnocie akademickiej. Kraków, 139-142.

Perelson V. L. (2010). Wspieranie wszystkich studentów w osiąganiu doskonałych wyników akademickich. Wykłady integrujące. W: P. Wdówik (red.) Uniwersytet dla wszystkich. Uniwersalne projektowanie zajęć dydaktycznych. Warszaw, 24-33.

Perkins M. M., Ball M.M., Whittington F.J., Hollingsworth C. (2012), Relational autonomy in assisted living: a focus on diverse care settings for older adults, „Journal of Aging Studies" no. 26(2), s. 214–225.

Persson L-O., Ryder A. (2006). Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability. „Scandinavian Journal of Caring Sciences" vol. 20, nr 3, 355-363.

Pichalski R. (2003). Refleksje nad dorosłością. W: K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.) Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Kraków, 79-93.

Piega M. (2014). Wpływ doświadczeń edukacyjnych i społecznych na rozwój umiejętności interpersonalnych studentów z niepełnosprawnością ruchową. W: P. Prüfer (red.) Promocja zdrowia w chorobie i niepełnosprawności. Wyzwania współczesnych uczelni wyższych. Gorzów Wielkopolski, 155-182.

Piega M. (2015). Intymne związki osób z niepełnosprawnościami w opinii młodych osób dorosłych. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 203-216.

Pielecki A. (2013). Zmiany postaw młodzieży wobec osób niepełnosprawnych. Lublin.

Pietrasiński Z. (1990). Rozwój człowieka dorosłego. Warszawa.

Pilch T. (1995). Zasady badań pedagogicznych. Warszawa.

Pilecka W., Pilecki J. (1996). Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo. W: W. Dykcik (red.) Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych (Od diagnozy do prognoz i do działań). Poznań, 31-48.

Piotrowski K. (2010). Instytucje czy bliscy? Wsparcie społeczne a zagrożenie marginalizacją osób z ograniczeniem sprawności. W: A. Brzezińska, J. Pluta, P. Rycielski (red.) Wsparcie dla osób z ograniczeniami sprawności i ich otoczenia. Wyniki badań. Warszawa, 33-45.

Piotrowski K. (2013). Tożsamość osobista w okresie wkraczania w dorosłość. Wielichowo.

Poćwierz-Marciniak I., Bidzan M. (2015). Nagła a stopniowa utrata sprawności ruchowej. Aspekty psychospołeczne. W: M. Bidzan, Ł. Bieleninik, A. Szulaman-Wardal (red.) Niepełnosprawność ruchowa w ujęciu biopsychospołecznym. Wyzwania diagnozy, rehabilitacji i terapii. Gdańsk, 67-99.

Podgórska-Jachnik D. (2002). Uniwersytet Łódzki wobec problemów studentów niepełnosprawnych. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 82-91.

Podgórska-Jachnik D. (2013). Głusi: Emancypacje. Łódź.

Podgórska-Jachnik D. (2018). (Nie)pełnosprawność a (nie)samodzielność w kontekście autonomii relacyjnej. „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej” nr 32, 57-71.

Podgórska-Jachnik D., Pietras T. (2014). Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami. Warszawa.

Poleszak W. (2011). Obraz siebie studentów a jakość działań edukacyjnych szkoły wyższej. W: J. Saran, M. Żmigrodzki (red.) Student jako podmiot edukacji we współczesnej uczelni wyższej. Lublin, 285-304.

Pollard B., Dixon D., Dieppe P., Johnston M. (2009). Measuring the ICF components of impairment, activity limitation and participation restriction: an item analysis using classical test theory and item response theory. „Health and Quality of Life Outcomes, vol. 7, nr 1, 41-60.

Popławska A. (2001). Idea samorządności. Podmiotowość-autonomia-pluralizm. Białystok.

Poprawa R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.) Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław, 103-141.

Przetacznik-Gierowska M. (2002). Zasady i prawidłowości psychicznego rozwoju człowieka. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.) Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne. Warszawa, 57-102.

Pytka L. (2001). Pedagogika resocjalizacyjna: wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne. Warszawa.

Qasim S., Telfah Y., Haddad Y. (2018). Physical self-esteem of wheelchair basketball players. „Acta Gymnica” vol. 49, nr 1, 3-9.

Racine E., Larivière-Bastien D., Bell E., Majnemer A., Shevell M (2013). Respect for autonomy in the healthcare context: observations from a qualitative study of young adults with cerebral palsy. “Child: care, health and development” vol. 39, nr 6, 873-879.

Racław M. (2015). Instytucjonalne wsparcie niepełnosprawnych studentów i absolwentów szkół wyższych. W: E. Giermanowska, A. Kumaniecka-Wiśniewska, M. Racław, E. Zakrzewska-Manterys (red.) Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy. Warszawa, 123-157.

Rakowska A. (2011). Wybrane problemy pedagogiki specjalnej ogólnej. W: B. Antoszewska, Cz. Kosakowski (2011). Uwarunkowania i kierunki rozwoju pedagogiki specjalnej. Toruń, 7-14.

Rakowska A. (2013). Kształcenie akademickie a niepełnosprawność. Doświadczenia w pracy ze studentami. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 57-64.

Ramik-Mażewska I. (2008). Od izonomii w stronę alienacji – sytuacja rodzinna osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: A. Klinik (red.) W stronę podmiotowości osób niepełnosprawnych. Kraków, 77-86.

Redpath J., Kearney P., Nichol P., Mulvenna M., Wallace J., Martin S. (2013). A qualitative study of the lived experiences of disabled post-transition students in higher education institutions in Northern Ireland. "Studies in higher education" vol. 38, nr 9, 1334-1350.

Reinschmiedt H., J., Sprong M. E., Dallas B., Buono F. D., Upton T. D. (2013). Post-secondary students with disabilities receiving accommodations: a survey of satisfaction & subjective well-being. "Journal of rehabilitation" vol. 79, nr 3, 3-10.

Reitzle M. (2006). The connections between adulthood transitions and the self-perception of being adult in the changing context of east and west Germany. „European Psychologist" nr 11 (11), 25-38.

Retter H. (2009). Wykład historycznej pedagogiki reformy w aktualną dyskusję wokół szkoły i wychowania. W: B. Śliwerski (red.) Teoretyczne podstawy edukacji alternatywnej. Kraków, 231-247.

Riddell S., Tinklin T., Wilson A. (2005). New labour, social justice and disabled students in higher education. „British educational research journal" vol. 31, nr 5, 623-643.

Rogers C. R. (2002). O stawaniu się osobą. Poglądy terapeuty na psychoterapię. Poznań.

Rorat M. (2006). Wartości i poczucie sensu życia młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu. Rzeszów.

Rotter J. B. (1954). Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs.

Rozmus P. (2012). Niepełnosprawni studenci AGH nie tylko się uczą. W: K. Kutek-Sładek (red.) Student z niepełnosprawnością w środowisku akademickim. Kraków, 70-82.

Rubacha K. (2008). Metodologia badań nad edukacją. Warszawa.

Ryan R. M., Deci E. L. (2017). Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York. London.

Rzecznik Praw Obywatelskich (2015). Dostępność edukacji akademickiej dla osób z niepełnosprawnościami. Analiza i zalecenia. Warszawa.

Rzedzicka K. D. (2003). Społeczne koncepcje dorosłości a niepełnosprawność. W: K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.) Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej. Kraków, 95-122.

Rzedzicka K. D. (2006). Ludzie z niepełnosprawnością a uniwersytet – niektóre dylematy. W: Cz. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.) Pomiędzy teorią a praktyką. Olsztyn, 213-220.

Saadah M. A. (2002). On autonomy and participation in rehabilitation. „Disability and Rehabilitation" vol. 24, nr 18, 977-982.

Sadowska S., Janiszewska-Nieścioruk Z. (2018). O diagnozie z wykorzystaniem ICF jako podstawie organizowania pomocy osobom z niepełnosprawnością – między polityką, wiedzą naukową a praktyką. „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej" nr 29, 100-114.

Sakakibara B. M., Miller W. C., Routhier F., Backman C. L., Eng J. J. (2014). Association between self-efficacy and participation in community-dwelling manual wheelchair users aged 50 years or older „Physical therapy" vol. 94n nr 5, 664-674.

Salovey P., Mayer J. D. (1990) Emotional intelligence. "Imagination, Cognition and Personality" vol. 9, nr 3, 185–211.

Samalova K. (2013). Chances of students with disabilities to get a university degree at Charles University in Prague. „Procedia - Social and Behavioral Sciences" vol.106, 598-606.

Samsari E. P., Soulis S-G. (2019). Problem solving and resilience self-efficacy as factors of subjective well-being in Greek individuals with and without physical disability. „International Journal of Special Education" vol. 33, nr 4, 938-953.

Sarzyńska E. (2010). Możliwości wspierania aktywności zawodowej niepełnosprawnych absolwentów. W: S. Byra, M. Parchomiuk (red.) Student niepełnosprawny. Wybrane konteksty. Lublin, 195-203.

Saxena R., Wankhede S., Supe A., Banasal P. (2019). Evaluation of stress coping skills among dental students. „National Journal of Integrated Research in Medicine” vol. 10, nr 3, 45-48.

Scheer A., Noweski Ch., Meinel Ch. (2012). Transforming constructivist learning into action: Design Thinking in education. „Design and Technology Education: An International Journal” vol 17, nr 3, 1-19.

Schiavolin S., Quintas R., Pagani M., Brock S., Acerbi F., Visintini S., Cusin A., Schiariti M., Broggi M., Ferroli P., Leonardi M. (2014). Quality of Life, Disability, Well-Being, and Coping Strategies in Patients Undergoing Neurosurgical Procedures: Preoperative Results in an Italian Sample. „The Scientific World Journal” vol. 2014, 1-7.

Schoenebeck von H. (2008). Wolność od wychowania. Kraków

Sendyk M. (2005). Psychiczne przystosowanie studentów niepełnosprawnych na wyższej uczelni. W: H. Ochonczenko, G. Miłkowska (red.) Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej. Kraków, 183-198.

Senge P. M. (2012). Piąta dyscyplina. Warszawa.

Sęk H. (1991). Psychologiczna prewencja jako obszar badań i zastosowań. W: H. Sęk (red.) Zagadnienia psychologii prewencyjnej. Poznań, 7-37.

Sęk H. (2001). O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego. W: L. Cierpiałowska, H. Sęk (red.) Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia. Poznań, 13-31.

Sęk H. (2007). Psychologia kliniczna. Tom 1. Warszawa.

Sęk H. (2012). Zastosowanie teorii zachowania zasobów S. Hobfolla do interpretacji mechanizmów działania zasobów w świetle wybranych badań z zakresu psychologii zdrowia. W: E. Bielanowska-Batorowicz, B. Dudek (red.) Teoria zachowania zasobów Stevena E. Hobfolla. Polskie doświadczenia. Łódź, 65-80.

Sęk H., Brzezińska A. (2010). Podstawy pomocy psychologicznej. W: J. Strelau, D. Doliński (red.) Psychologia akademicka. Podręcznik. T. 2. Gdańsk, 736-784.

Sęk H., Cieślak R. (2011). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Warszawa, 11-28.

Shing E. Z., Jayawickreme E., Waugh Ch. E. (2016). Contextual positive coping as a factor contributing to resilience after disasters. „Journal of clinical psychology” vol. 72, nr 12, 1287-1306.

Shogren K. A., Shaw L. A., Little T. D. (2016). Measuring the early adulthood outcomes of young adults with disabilities: developing constructs using NLTS2 data. „Exceptionality” vol.24, nr 1, 45-61.

Shogren A. K., Wehmeyer M. L., Martinis J., Blanck P. (2019). Supported Decision-Making. Theory, research, and practice to enhance self-determination and quality of life. Cambridge.

Sibley A., Kersten P., Ward C. D., White R., Mehta R., George S. (2006). Measuring autonomy in disabled people: validation of a new scale in a UK population. "Clinical Rehabilitation" nr 20, 793-803

Sidor-Piekarska B. (2013). Rodzina z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym – potrzeby i otrzymywane wsparcie. W: B. Sidor-Piekarska (red.) Kompetentne wspieranie osób z niepełnosprawnością. Lublin, 91-122.

Siwek Z. (2012). Autonomia adolescentów w świetle ich przywiązania i relacji rodzinnych. „Psychologia Rozwojowa” t. 17, nr 3, 25-38.

Skalska K. (2015a). Oczekiwania studentów z niepełnosprawnością wobec małżeństwa i rodziny. W: E. Adasiewicz. S. Cudak (red.) Funkcjonowanie rodziny w globalnych zmianach społecznych. Łódź, 136-142.

Skalska K. (2015b). Wsparcie społeczne a satysfakcja z życia studentów z niepełnosprawnością. „Student Niepełnosprawny. Szkice i rozprawy” zeszyt 15, 119-136.

Skalska K. (2018). Włączenie studentów doświadczających kryzysów zdrowia psychicznego do pełnego uczestnictwa w społeczności akademickiej na przykładzie projektu „Przyjazny Uniwersytet” realizowanego na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. „Progress. Journal of Young Researchers” nr 3, 148-160.

Skalska K. (2019). Projekt “Dobre Życie” realizowany na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie jako przykład projektowania uniwersalnego. “Lubelski Rocznik Pedagogiczny” vol. 38, nr 4, 181-194.

Skibska J. (2012). Kształtowanie autonomii – osiąganie niezależności. W: R. J. Kijak (red.) Niepełnosprawność – w zwierciadle dorosłości. Kraków, 73-92.

Skotnicka B. (2017). Szkoła inkluzyjna jako organizacja ucząca się. „Niepełnosprawność - zagadnienia, problemy, rozwiązania” nr III, 75-85.

Skura M. (2016). Ja – inny: relacje społeczne osób z niepełnosprawnością. Warszawa.

Slemp G. R., Kern M. L., Patrick K. J., Ryan R. M. (2018). Leader autonomy support in the workplace: a meta-analytic review. „Motivation and Emotion” vol. 42, nr 5, 706-724.

Smedema S. M., Chan F., Yaghmaian R. A., Cardaso E. D., Muller V., Keegan J., Dutta A., Ebener D. J. (2015). The relationship of Core Self-Evaluations and Life Satisfation in College Students with disabilities: evaluation of a mediator model. "Journal of Postsecondary Education and Disability" nr 28(3), 341-358.

Smoczyńska K. (2007). Dziecko-edukacja-niepełnosprawność. W: A. Brzezińska (red.) Zadania rodziny i szkoły: od samodzielności do efektywności pracownika. Warszawa, 31-39.

Smużewska M., Wasilewski K., Antonowicz D. (2015). Niepowodzenia w studiowaniu z perspektywy uczelni i studentów. „Edukacja” nr 4, 130-146.

Smykowski, B. (2004). Wczesna dorosłość – szanse rozwoju. „Remedium” nr 2 (132), 4-5.

Snyder C. R. (2005). Teaching: the lessons of hope. „Journal of Social and Clinical Psychology” vol. 24, nr 1, 72-84.

Soból-Kwapińska M. (2014). Orientacja pozytywna – koncepcje teoretyczne i przegląd badań. „Studia Psychologiczne” t. 52, z. 1, 77-90.

Sokołowska E. (2015). Psychospołeczne uwarunkowania trudności związanych z realizacją zadań rozwojowych. W: Cz. Czabała, S. Kluczyńska (red.) Poradnictwo psychologiczne. Warszawa, 45-81.

Sokołowska M. (2007). Poczucie Tożsamości i własnej wartości. W: B. Woynarowska (red.) Edukacja zdrowotna. Warszawa, 434-443.

Sowa J. (2002). Student niepełnosprawny w procesie kształcenia integracyjnego w uczelni wyższej. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 103-133.

Sowa J. (2007). Relacje interpersonalne w procesie wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych. W: Z. Palak, Z. Bartkiewicz (red.) Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji. Lublin, 29-45.

Sowa J. (2011). Aksjologiczno-prakseologiczne aspekty procesu rehabilitacji. W: B. Antoszewska, Cz. Kosakowski (red.) Uwarunkowania i kierunki rozwoju pedagogiki specjalnej. Toruń, 29-44.

Speck O. (2005). Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki. Gdańsk.

Stefańska-Klar R. (2010). Studenci ze spektrum autyzmu. Funkcjonowanie, czynniki powodzenia, warunki skutecznego wsparcia. Funkcjonowanie, przyczyny sukcesów i porażek, warunki skutecznego wspierania. W: I. Bieńkowska (red.) W kręgu resocjalizacji i wybranych zagadnień rozwoju oraz funkcjonowania osób niepełnosprawnych. Tom 2. Gliwice-Kraków, 91-107.

Steiner R. (2002). Teozofia. Wprowadzenie w nadzymysłowe poznanie świata i przeznaczenie człowieka. Warszawa.

Straś-Romanowska M. (2008). Szanse i zagrożenia rozwoju człowieka we współczesnym świecie. W: M. Bogdanowicz, M. Lipowska (red.) Rodzinne, edukacyjne i psychologiczne wyznaczniki rozwoju. Kraków, 15-24.

Struck-Peregończyk M. (2010). Postawy kadry akademickiej wobec studentów niepełnosprawnych. Studium przypadku Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie. W: B. Gąciarz (red.) Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej. Warszawa, 147-163.

Struck-Peregończyk M. (2017). Niepełnosprawność, młodość a aktywność zawodowa w świetle badań dotyczących młodych osób niepełnosprawnych w województwie podkarpackim. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica" nr 60, 87-110.

Suchodolska J. (2013). Młodzi dorośli na rynku pracy – szanse i bariery samorealizacji. W: S. Wrona, J. Rottermund (red.) Praca na rzecz osób niepełnosprawnych. Sosnowiec, 165-177.

Surzykiewicz J. (2013). Podstawy teoretyczne coachingu w pedagogice społecznej i pracy socjalnej: ku coachingowi społecznemu. W: J. Surzykiewicz, M. Kulesza (red.) Coaching społeczny. W poszukiwaniu form wsparcia osób w trudnych sytuacjach życiowych. Warszawa, 15-141.

Suttiwong J., Vongsirinavarat M., Vachalathiti R., Chaiyawat P. (2013). Impact on Participation and Autonomy Questionnaire: psychometric properties of the Thai Version. "Journal of Physical Therapy Science" vol.25, nr 7, 769-774.

Swaine L. (2012). The false right to autonomy in education. „Educational Theory" vol. 62, nr 1., 107-124.

Szabała B., Parchomiuk M. (2011). Wsparcie społeczne matek dzieci niepełnosprawnych. „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo” nr 1(13), 47-67.

Szczepska-Pustkowska M. (2011). Od filozofii dzieciństwa do dziecięcej filozofii życia. Casus władzy (i demokracji). Kraków.

Szczerbińska K., Piórecka B., Malinowska-Cieślak M. (2011). Fazy gotowości do zmian zachowań i ich uwarunkowania a zachowania w sferze aktywności fizycznej i żywienia wśród starszych pacjentów objętych w Krakowie opieką pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. Implikacje dla promocji zdrowia. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” t. IX, nr 1, 60-75.

Szczesiul A. (2017). Wsparcie osób z niepełnosprawnością na uniwersytecie w świetle doświadczeń asystenta i studentów z niepełnosprawnością. W: B. Antoszewska, I. Myśliwczyk (red.) Jest człowiek z niepełnosprawnością. Pola Refleksji. Poznań, 81-100.

Szczupał B. (2009). Godność osoby z niepełnosprawnością. Studium teoretyczno-empiryczne poczucia godności młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu. Kraków.

Szczupał B. (2010). Godność jako cel działań i wyborów osób z niepełnosprawnością. W: D. Podgórska-Jachnik (red.) Problemy rzecznictwa i reprezentacji osób niepełnosprawnych. Ruch na rzecz lepszej przyszłości osób niepełnosprawnych. Łódź, 23-51.

Szczupał B. (2012). Możliwości i ograniczenia w zdobyciu wykształcenia przez studentów z niepełnosprawnością na przykładzie Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. W: K. Kutek-Sładek (red.) Student z niepełnosprawnością w środowisku akademickim. Kraków, 98-120.

Szczupał B. (2015). Samostanowienie i integracja społeczno-zawodowa dorosłych osób z niepełnosprawnością na przykładzie zastosowania programu Centrum Wspierania Edukacji Zawodowej (PACE) w USA. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 219-231.

Szczupał B. (2016). Maria Grzegorzewska o godności człowieka – w konfrontacji ze współczesnością. „Lubelski Rocznik Pedagogiczny” T. XXXV, z. 3, 9-18.

Szewczuk W. (1990). Psychologia. Warszawa.

Szmigielska B. (1999). Społeczno-uczeniowa teoria osobowości J. B. Rottera. W: A. Gałdowa (red.) Klasyczne i współczesne koncepcje osobowości. Kraków, 209-223.

Szpitalak M., Polczyk R. (2015). Samoocena. Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru. Kraków.

Sztobryn-Giercuszkiewicz J. (2011). Formy wsparcia osób niepełnosprawnych studiujących w łódzkich uczelniach wyższych. W: W. Warzywoda-Kruszyńska, G. Mikołajczyk-Lerman (red.) Uczeń i student niepełnosprawny – warunki życia i nauki. Łódź, 99-115.

Sztobryn-Giercuszkiewicz J. (2018). Szanse i ograniczenia kształcenia akademickiego osób z niepełnosprawnościami w Polsce – perspektywa socjologiczna. Łódź.

Sztompka P. (2016). Kapitał społeczny. Teoria przestrzeni międzyludzkich. Kraków.

Szumski G. (2006). Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych. Sens i granice zmiany edukacyjnej. Warszawa.

Szumski G. (2010). Wokół edukacji włączającej. Efekty kształcenia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w klasach specjalnych, integracyjnych i ogólnodostępnych. Warszawa.

Szychowiak B. (2003). Pedagogika osób z niepełnosprawnością ruchową. W: W. Dykcik (red.) Pedagogika specjalna. Poznań, 201-218.

Szychowiak B. (2006). Osoba niepełnosprawna w roli studenta. W: A. Szerląg (red.) Problemy edukacji wyższej. Kraków, 249-258.

Ścisło L., Puto G., Ptak A., Walewska E., Czupryna A. (2014). Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych ruchowo. „Hygeia Public Health" nr 49 (3), 596-601.

Śledzińska J. (2012). Turystyka osób niepełnosprawnych w Polskim Towarzystwie Turystyczno-Krajoznawczym. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania" nr II, 81-103.

Śliwerski B. (2004a). Pedagogika antyautorytarna. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.) Pedagogika 1. Warszawa, 378-393.

Śliwerski B. (2004b). Pedagogika waldorfska. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski,(red.) Pedagogika 1. Warszawa, 293-306.

Śliwerski B. (2004c). Pedagogika Janusza Korczaka. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.) Pedagogika 1. Warszawa, 333-347.

Śliwerski B. (2009). Antypedagogika. W: T. Szkudlarek, B. Śliwerski (red.) Wyzwania pedagogiki krytycznej i antypedagogiki. Kraków, 49-89.

Śliwerski B. (2010a). Współczesne teorie i nurty wychowania. Kraków.

Śliwerski B. (2010b). Myśleć jak pedagog. Sopot.

Śliwerski B. (2011). Podstawowe prawidłowości pedagogiki. Warszawa.

Śliwerski B. (2013). Diagnoza uspołecznienia publicznego szkolnictwa III RP w gorsecie centralizmu. Kraków.

Śniegowski K., Nowak M., Cieśla P. (2015). Nagła a stopniowa utrata sprawności ruchowej. Aspekty medyczne. W: M. Bidzan, Ł. Bieleninik, A. Szulman-Wardal (red.) Niepełnosprawność ruchowa w ujęciu biopsychospołecznym. Wyzwania diagnozy, rehabilitacji i terapii. Gdańsk, 51-65.

Śnieżyński M. (2011). Demokracja-Dialog-Edukacja. Trud budowania i rozwijania dialogu edukacyjnego. W: D. Waloszek (red.) Przestrzeń i czas dialogu w edukacji. Kraków, 55-65.

Środa M. (2003). Indywidualizm i jego krytycy: współczesne spory między liberałami, komunitarianami i feministkami na temat podmiotu, wspólnoty i płci. Warszawa.

Tatarkiewicz W. (2014). Historia Filozofii. Filozofia Nowożytna do roku 1830. T. II. Warszawa.

Temple M., Roy J., Gonder T., Whisenhunt J. (2015). School counselors role in college readiness for students with disabilities. „Georgia School Counselors Association Journal" vol. 22, 49-59.

Terelak J. F. (2008). Człowiek i stres. Koncepcje-źródła-reakcje-radzenie sobie-modyfikatory. Bydgoszcz-Warszawa.

Terelak J. F. (2017). Stres życia. Perspektywa psychologiczna. Warszawa.

Thoma C. A., Getzel E. E. (2005). "Self-determination is what it's all about": What Post-secondary Students with Disabilities Tell us are Important Considerations for Success. „Education and Training in Developmental Disabilities" nr 40, 234–242.

Tillmann K. J. (2005). Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie. Warszawa.

Tough H., Siegrist J., Fekete Ch. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. „BMC public health" vol. 17, nr 1, 414-432.

Trzebińska E. (2008). Psychologia pozytywna. Warszawa.

Trzebiński J., Zięba M. (2003). Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12. Warszawa.

Twardowski A. (2005). Zmiany w sytuacji osób niepełnosprawnych w latach 1989-2005. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.) Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Kraków, 13-28.

Tylewska-Nowak B. (2001). Autonomia osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Tylewska-Nowak B. (2002). Wykorzystanie metodyki zuchowej w kształtowaniu autonomii. W: W. Dykcik, B. Szychowiak (red.) Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny. Poznań, 478-484.

Tylewska-Nowak B. (2005). Pytania dotyczące autonomii osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: A. Klinik, J. Rottermund, Z. Gajdzica (red.) Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej. Kraków, 19-26.

Tylewska-Nowak B. (2014). Osoby z niepełnosprawnością na studiach wyższych – wybrane aspekty. Doniesienia z badań. W: M. Bełza, D. Prysak (red.) Konstruowanie świata osób niepełnosprawnych – różne aspekty rzeczywistości. Katowice, 181-197.

Tylewska-Nowak B., Durda R. (2013). Pomoc studentom z niepełnosprawnością – z perspektywy Biura do spraw Osób Niepełnosprawnych UAM w Poznaniu. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 193-208.

Tyszkowa M. (2010). Rozwój jednostki w cyklu życia. Teoria i metodologia badań. Poznań.

Úbeda-Colomer J., Devis-Devis J., C. H. P. Sit (2019). Barriers to physical acitivity in university students with disabilities: differences by sociodemographic variables. „Disability and health journal” vol. 12, nr 2, 278-286.

Urbaniak-Zając D. (2009). O stosowaniu hipotez w badaniach pedagogicznych. „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja”, nr 1 (45), 7-27.

Urbaniak-Zając D. (2013). Rola teorii w pedagogicznych badaniach empirycznych. Sygnalizacja zagadnienia. W: T. Bauman (red.) Praktyka badań pedagogicznych. Kraków, 35-52.

Urbanowicz Z. (2012). Od interdyscyplinarnego do transdyscyplinarnego spojrzenia na niepełnosprawność. „Ogrody Nauk i Sztuk” nr 2, 443-457.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 Nr 123 poz. 776).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593).

Van de Velde D., Post M. de Witte L., van den Heuvel W. (2008). Strategies for autonomy used by people with cervical spinal cord injury: a qualitative study. „Disability and Rehabilitation” nr 30, 249-260.

Vasta R., Haith M. M., Miller S. A. (2004). Psychologia dziecka. Warszawa.

Wagner I., Wiśniewska-Śliwińska H. (2016). Autonomia czy przemoc? Wybrane problemy osób niepełnosprawnych – na podstawie badań przeprowadzonych na terenie województwa śląskiego. W: M. Halicka, J. Halicki, K. Czykierka (red.) Niepełnosprawność. Poznać, przeżyć, zrozumieć. Białystok, 77-89.

Wajsprych D. (2011). Pedagogia agatologiczna. Studium hermeneutyczno-krytyczne projektu etycznego Józefa Tischnera. Toruń-Olsztyn.

Walat W. (2006). Jakość życia człowieka – płaszczyzna aksjologiczna w systemie edukacji W: Z. Frączek, B. Szluz (red.) Koncepcje pomocy człowiekowi w teorii i praktyce. Rzeszów, 21 – 27.

Wandzel A. (2002). Uniwersytet Śląski a studenci niepełnosprawni. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 49-53.

Wardaszko-Łyskowska H. (1988). Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży i ich rewalidacja. W: A. Hulek (red.) Pedagogika rewalidacyjna. Warszawa, 140-163.

Wawrzyniak M. (2006). Droga do autonomii – rys autobiograficzny. W: H. Ochonczenko, A. Nowicka (red.) Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych. t. 1. Kraków, 199-206.

Wąsiński A. (2015). Znaczenie generatywności w osiąganiu dorosłości przez współczesnego człowieka. „Edukacja Dorosłych” nr 1, 81-89.

Wdówik P. (2002). Integracja społeczna osób niepełnosprawnych na uczelniach wyższych – model Uniwersytetu Warszawskiego. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej.

Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 23-26.

Wehmeyer M. L (2014). Self-determination: a family affair. "Family Relations" vol. 63, nr 1, 178-184.

Wehmeyer M. L (2018). Self-determination and creating a society for all. "Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo" nr 3(41), 5-14.

Wehmeyer M. L., Agran M., Hughes C. (1998). Teaching self-determination to students with disabilities: basic skills for successful transition. Baltimore.

Wei X., Marder C. (2012). Self-concept development of students with disabilities: disability category, gender, and racial differences from early elementary to High School. „Remedial and special education" vol. 33, nr 4, 247-257.

Wessel R. D., Wentz J., Markle L. L. (2011). Power soccer: experiences of students using power wheelchairs in a collegiate athletic Club. „Journal of postsecondary education and disability" nr 2, 147-159.

Wędzińska M. (2018). Młodzież wobec wartości i osób z niepełnosprawnością ruchową. Bydgoszcz

Wieczorek J., Prusińska V. (2015). Działalność Studium Wychowania Fizycznego i Sportu Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu w obszarze kultury fizycznej studentów z niepełnosprawnościami. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 277-284.

Wiliński M. (2007). Wspomoganie rozwoju dzieci i nastolatków z niepełnosprawnością ruchową. W: A. Brzezińska (red.) Zadania rodziny i szkoły: od samodzielności dziecka do efektywności pracownika. Warszawa, 143-160.

Wiliński M. (2009). Wspomaganie rozwoju nastolatka z ograniczoną sprawnością. W: A. Brzezińska, A. Resel-Maj, R. Kaczan, M. Wiliński (red.) Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności. Gdańsk, 193-244.

Wilski M. (2010). Dostosowana aktywność ruchowa w procesie usprawniania i wspomagania rozwoju osób z niepełnosprawnością sprzężoną i rzadką. W: A. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.) Sytuacja i możliwości pomocy dla osób z rzadkimi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności. Warszawa, 227-251.

Winiarski M. (2017). „Opieka”, „pomoc” i „wsparcie społeczne” w przestrzeni opiekuńczej i socjalnej. W: Cz. Kustra, M. Fopka-Kowalczyk, A. Bandura (red.) Opieka i wsparcie jako zadanie całożyciowe. Studia z pedagogiki opiekuńczej. Toruń, 15-39.

Wiszejko-Wierzbicka D. (2010). Niewykorzystana sfera. Partycypacja społeczna i obywatelska osób z ograniczeniami sprawności. Warszawa.

Wiśniewska-Paź B. (2009). Autonomia edukacji a ład społeczny: struktura szkolnictwa w Szwajcarii wobec zdecentralizowanej organizacji społeczeństwa i państwa: kwestie porównawcze ze strukturami państw ościennych. Warszawa.

Witek A., Kazanowski Z. (2006). Możliwości funkcjonowania osób niepełnosprawnych w roli studentów uczelni wyższych. Komunikat z badań. W: Z. Palak A. Lewicka (red.) Jakość życia a niepełnosprawność - konteksty psychopedagogiczne. Lublin, 139-146.

Wojciechowska J. (2005). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A. Brzezińska (red.) Psychologiczne portrety człowieka. Gdańsk, 469-502.

Wojciechowski F. (2006). Wzrastanie ku dorosłości. Kontekst niepełnosprawności człowieka. W: W. Dykcik, A. Twardowski (red.) Poznańska pedagogika specjalna. Tradycje-osiągnięcia-perspektywy rozwoju. Poznań, 117-130.

Wojciechowski F. (2010). Dorastanie młodzieży z niepełnosprawnością w kontekście przestrzeni edukacyjnej. W: B. Witkowska, K. Bidziński, P. Kurtyka (red.) Dzieci i młodzież ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w realizacji zadań rozwojowych. Kielce, 221-233.

Wojciszke B. (2003). Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Warszawa.

Wojciszke B. (2011). Psychologia społeczna. Warszawa.

Wojciszke B., Doliński D. (2010). Psychologia społeczna. W: J. Strelau, D. Doliński (red.) Psychologia akademicka. Podręcznik. t. 2. Gdańsk, 293-448.

Wojtanowicz K. (2015). Rola organizacji pozarządowych w przygotowaniu do samodzielności społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 265-275.

Wolan-Nowakowska M. (2013). Młodzież w sytuacji planowania kariery zawodowej. Badania porównawcze uczniów z dysfunkcją narządu ruchu i pełnosprawnych. Warszawa.

Wolski P. (2010). Udział w procesie edukacji i aktywizacji zawodowej osób z nabytą niepełnosprawnością a radzenie sobie z utratą sprawności. W: B. Gąciarz (red.) Niepełnosprawni studenci w społeczności akademickiej. Źródła sukcesów i porażek w integracji społecznej i aktywności zawodowej. Kraków, 234-257.

Wolski P. (2013.) Niepełnosprawność ruchowa. Między diagnozą a działaniem. Warszawa.

Wołoszyn S. (2004). Oświata i wychowanie w XX wieku. W: B. Śliwerski (red.) Pedagogika 1. Podręcznik akademicki. Warszawa, 155-182.

Woźniak Z. (2008). Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu. Warszawa.

Wright B. A. (1983). Physical Disability: A Psychosocial Approach. New York.

Wygotski L. (1971). Wybrane prace psychologiczne. Warszawa.

Wyrzykowska D., Kirenko J. (1999). Samoocena i poczucie sensu życia osób niepełnosprawnych zajmujących się twórczością. „Szkoła Specjalna" nr 4, 204-213.

Xu N., Liu Y. (2019). Coping strategy mediates the relationship between body image evaluation and mental health: a study with Chinese college students with disabilities. „Disability and health journal", pobrane z: https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100830.

Yazdani N., Yazdani F., Nobakht L. (2016). Reflective self-awareness exercise; steps towards changing students' attitudes towards disability. „International journal of therapies and rehabilitation research" vol 5, 710-714.

Youniss J., Smollar J. (1985). Adolescent relations with mothers, fathers, and friends. Chicago-London.

Yu S., Levesque-Bristol Ch., Maedda Y. (2018). General need for autonomy and subjective well-being: a meta-analysis of studies in the US and East Asia. „Journal of happiness studies" vol. 19, nr 6, 1863-1882.

Yüksel A., Bahadir-Yilmaz E. (2019). The effect of mentoring program on adjustment to university and ways of coping with stress in nursing students: a quasi-experimental study. „Nurse education today" vol. 80, 52-58.

Zacharuk T. (2008). Wprowadzenie do edukacji inkluzyjnej. Siedlce.

Zacharuk T. (2015). Kształcenie studentów niepełnosprawnych w Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach. „Student niepełnosprawny. Szkice i rozprawy" nr 15, 13-23.

Zacharuk T., Gulati B. (2009). Kształcenie studentów niepełnosprawnych w Akademii Podlaskiej. W: T. Zacharuk, J. Kunikowski (red.) Akademia Podlaska. Historia i teraźniejszość. Siedlce, 139-146.

Zagórska W. (2004). Uczestnictwo młodych dorosłych w rzeczywistości wykreowanej kulturowo. Kraków.

Zagórska W., Jelińska M., Surma M., Lipska A. (2012). Wydłużająca się droga do dorosłości. Warszawa.

Zakrzewska-Manterys E. (2015). Sytuacja edukacyjna niepełnosprawnych studentów. W: E. Giermanowska, A. Kumaniecka-Wiśniewska, M. Racław, E. Zakrzewska-Manterys (red.) Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy. Warszawa, 23-50.

Zalewski Z. (1991). Psychologia zachowań celowych. Warszawa.

Zamkowska A. (2012). Wsparcie społeczne jako droga do zmniejszenia dystansu społecznego pomiędzy osobami niepełnosprawnymi i pełnosprawnymi. W: M. Parchomiuk, B. Szabała (red.) Dystans społeczny wobec osób z niepełnosprawnością jako problem pedagogiki specjalnej. Lublin, 241-257.

Zaorska M. (2002). Sytuacja niepełnosprawnych studentów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 54-68.

Zaorska M. (2013). Wybrane problemy edukacji na poziomie wyższym osób niewidomych, z resztkami wzroku oraz niedowidzących. W: B. Tylewska-Nowak, W. Dykcik (red.) Student z niepełnosprawnością w szkole wyższej. Poznań, 119-135.

Zaorska M. (2017). Pozainstytucjonalne, oddolne formy wspomagania osób niepełnosprawnych i ich rodzin (perspektywa indywidualnej oraz grupowej aktywności społecznej) W: B. Antoszewska, I. Myśliwczyk (red.) Jest człowiek z niepełnosprawnością. Pola refleksji. Poznań, 17-

Zborniak-Sobczak M. (2002). Niepełnosprawni studenci w Uniwersytecie Rzeszowskim. W: B. Harań (red.) Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce kształcenia w Uczelni Wyższej. Materiały Międzynarodowej Konferencji Uczelni Siedlce 13 maja 2002. Siedlce, 99-102.

Ziątek K. (2004). Dziecko niepełnosprawne ruchowo na drodze do niezależności. Warszawa.

Ziółkowska B. (2005). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych. W: A. Brzezińska (red.) Psychologiczne portrety człowieka. Gdańsk, 423-468.

Zuziak W. (2015). O powinnościach uniwersytetu. W: P. Sztompka, K. Matuszek (red.) Idea uniwersytetu: reaktywacja. Kraków, 55-66.

Żłobicki W. (2006). Podmiotowość człowieka jako podstawa edukacji akademickiej. W: A. Szerląg (red.) Problemy edukacji w szkole wyższej. Kraków, 187-203.

Żółkowska T. (2013). Społeczna (de)waloryzacja roli osoby niepełnosprawnej. W: Z. Gajdzica (red.) Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacie przestrzeni publicznej. Kraków, 40-64.

Żuchowska-Skiba D. (2015). Ku pełnej integracji – dostępność edukacji wyższej dla osób niepełnosprawnych. W: B. Szczupał, K. Kutek-Sładek (red.) Wielowymiarowość integracji społeczno-zawodowej studentów z niepełnosprawnością. Kraków, 63-79.

Żuraw H. (2008). Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Warszawa.

Żuraw H. (2014). Studenci niepełnosprawni doby ponowoczesności w Polsce. "Student niepełnosprawny. Szkice i rozprawy " nr 14, 69-90.

Wykaz tabel i schematów

Aneks

KWESTIONARIUSZ WPŁYWU NA UCZESTNICTWO I AUTONOMIĘ (KWUA)

M. Cardol, R.J. de Haan, G. van den Bos, A.B de Jong i I.J.M. Groot,
polskie opracowanie: S. Byra, M. Duda

Niniejszy kwestionariusz służy do pomiaru autonomii. Prosimy o dokończenie poniższych stwierdzeń i udzielenie odpowiedzi na pytania. Nie ma pytań dobrych, ani złych, interesują nas odpowiedzi prawdziwe.

<table>
<tr><td colspan="7">Najpierw chcielibyśmy zadać Panu/i kilka pytań na temat Pana/i mobilności: jakie są Pana/i szanse dotarcia gdziekolwiek i kiedykolwiek Pan/i chce. Interesuje nas to, czy może Pan/i sam/a zdecydować, kiedy i gdzie się udaje.</td></tr>
<tr><td colspan="7">MOBILNOŚC
jest tutaj rozumiana jako możliwość dotarcia gdziekolwiek i kiedykolwiek Pan/i chce.</td></tr>
<tr><td>1a</td><td>Moje szanse dostania się/możliwości przemieszczania się gdzie chcę w moim domu są:</td><td>Bardzo duże</td><td>Duże</td><td>Średnie</td><td>Małe</td><td>Bardzo małe</td></tr>
<tr><td>1b</td><td>Moje szanse poruszania się po moim domu kiedy tylko chcę są:</td><td>Bardzo duże</td><td>Duże</td><td>Średnie</td><td>Małe</td><td>Bardzo małe</td></tr>
<tr><td>1c</td><td>Moje szanse odwiedzenia rodziny i przyjaciół gdy tego chcę są:</td><td>Bardzo duże</td><td>Duże</td><td>Średnie</td><td>Małe</td><td>Bardzo małe</td></tr>
<tr><td>1d</td><td>Moje szanse wyjazdu na wycieczki i wakacje, na które chciał(a)bym pojechać są:</td><td>Bardzo duże</td><td>Duże</td><td>Średnie</td><td>Małe</td><td>Bardzo małe</td></tr>
<tr><td>1e</td><td>Jeśli Pana/i stan zdrowia lub niepełnosprawność mają wpływ na Pana/i szanse dotarcia tam gdzie i kiedy Pan/i chce, to w jakim stopniu stanowi to dla Pana/i problem?</td><td colspan="2">W dużym stopniu</td><td>W niewielkim stopniu</td><td colspan="2">W ogóle</td></tr>
<tr><td colspan="7">PIELĘGNACJA WŁASNA
Kolejne pytania dotyczą Pana/i pielęgnacji własnej. Odpowiadając na te pytania proszę pomyśleć, czy może Pan/i sam(a) zdecydować kiedy i jak może Pan/i wykonać poniższe czynności, nawet wtedy, jeśli korzysta Pan/i z asysty kogoś innego.</td></tr>
<tr><td>2a</td><td>Moje możliwości umycia się i ubrania w sposób, w jaki tego chcę, są:</td><td>Bardzo duże</td><td>Duże</td><td>Średnie</td><td>Małe</td><td>Bardzo małe</td></tr>
<tr><td>2b</td><td>Moje możliwości umycia się i ubrania kiedy tego chcę są:</td><td>Bardzo duże</td><td>Duże</td><td>Średnie</td><td>Małe</td><td>Bardzo małe</td></tr>
<tr><td>2c</td><td>Moje możliwości wstania z łóżka i położenia się do łóżka kiedy tego chcę są:</td><td>Bardzo duże</td><td>Duże</td><td>Średnie</td><td>Małe</td><td>Bardzo małe</td></tr>
<tr><td>2d</td><td>Moje możliwości pójścia do toalety kiedy tego chcę i potrzebuję są:</td><td>Bardzo duże</td><td>Duże</td><td>Średnie</td><td>Małe</td><td>Bardzo małe</td></tr>
</table>

2e	Moje możliwości na jedzenie i picie kiedy tego chcę są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
2f	Jeśli Pana/i stan zdrowia lub niepełnosprawność mają wpływ na Pana/i pielęgnację własną, w jakim stopniu stanowi to dla Pana/i problem?	W dużym stopniu		W niewielkim stopniu	W ogóle	
ROLA W RODZINIE Następne pytania dotyczą zadań i obowiązków domowych i sposobu, w jaki Pana/i stan zdrowia lub niepełnosprawność na nie wpływa. Chcielibyśmy sie dowiedzieć, czy może Pan/i zdecydować kiedy i gdzie coś ma być zrobione, nawet jeżeli nie robi Pan/i tego sam/a.						
3a	Moje możliwości uczestniczenia w zajmowaniu się domem w taki sposób, w jaki bym chciał/a, są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
3b	Moje możliwości wykonania łatwych zadań w domu (np. robienie herbaty lub kawy), przeze mnie lub przez innych, w sposób, w jaki bym chciał/a, są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
3c	Moje możliwości wykonania cięższych prac w domu (np. sprzątanie), przeze mnie w sposób, w jaki bym chciał/a, są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
3d	Moje możliwości wykonywania prac domowych, przeze mnie lub wtedy, kiedy tego chcę, są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
3e	Moje możliwości na wykonanie drobnych napraw i prac konserwatorskich w domu i ogrodzie, przeze mnie w sposób, w jaki bym chciał/a, są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
3f	Moje możliwości na wypełnianie mojej roli w domu tak, jak bym tego chciał/a, są	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
3g	Jeżeli Pan/i stan zdrowia lub niepełnosprawność wpływają na Pana/i czynności w domu i koło domu, w jakim stopniu stanowi to dla Pana/i problem?	W dużym stopniu		W niewielkim stopniu	W ogóle	
TROSKA O WŁASNE PIENIĄDZE Kolejne pytania dotyczą wpływu, jaki Pana/i stan zdrowia lub niepełnosprawność wpływają na kontrolę, którą ma Pan/i w kwestii wydawania własnych pieniędzy.						
4a	Moje możliwości wyboru tego, jak wydaję swoje własne pieniądze, są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
4b	Jeżeli Pana/i stan zdrowia lub niepełnosprawność mają wpływ na możliwości, jakie ma Pan/i jeśli chodzi o wydawanie	W dużym stopniu		W niewielkim stopniu	W ogóle	

	własnych pieniędzy, w jakim stopniu stanowi to dla Pana/i problem?					
CZAS WOLNY Kolejne pytania dotyczą tego, czy może Pan/i decydować o tym, jak będzie Pan/i spędzać czas wolny.						
5a	Moje możliwości spędzania czasu wolnego tak, jak chcę, są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
5b	Jeśli Pana/i stan zdrowia lub niepełnosprawność mają wpływ na to, jak spędza Pan/i czas wolny, w jakim stopniu stanowi to dla Pana/i problem?	W dużym stopniu		W niewielkim stopniu	W ogóle	
ŻYCIE SPOŁECZNE I RELACJE Z INNYMI Następne pytania dotyczą jakości i częstotliwości Pana/i związków z innymi ludźmi. Chcielibyśmy się dowiedzieć, czy Pana/i problemy zdrowotne lub niepełnosprawność mają wpływ na związki z innymi ludźmi.						
6a	Moje możliwości na rozmowę z osobami mi bliskimi jak równy z równym są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
6b	Jakość moich relacji z osobami mi bliskimi jest:	Bardzo wysoka	Wysoka	Przeciętna	Niska	Bardzo niska
6c	Szacunek, jakim dążą mnie osoby mi bliskie, jest:	Bardzo duży	Duży	Przeciętny	Mały	Bardzo mały
6d	Moje relacje z bliskimi i znajomymi są:	Bardzo silne	Silne	Przeciętne	Słabe	Bardzo słabe
6e	Szacunek, jakim dążą mnie znajomi, jest:	Bardzo duży	Duży	Przeciętny	Mały	Bardzo mały
6f	Moje szanse na bycie w związku intymnym są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
6g	Moje szanse na spotykanie się z ludźmi tak często, jak bym tego chciał/a, są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
6h	Jeżeli Pana/i stan zdrowia lub niepełnosprawność mają wpływ na Pana/i życie społeczne i związki, w jakim stopniu stanowi to dla Pana/i problem?	W dużym stopniu		W niewielkim stopniu	W ogóle	
POMAGANIE I WSPIERANIE INNYCH LUDZI Kolejne pytania dotyczą Pana/i możliwości pomagania innym i wspierania innych ludzi takich, jak rodzina, sąsiedzi, przyjaciele.						
7a	Moje możliwości pomagania lub wspierania ludzi w jakikolwiek sposób są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
7b	Jeśli Pana/i problemy zdrowotne lub niepełnosprawność wpływają na możliwości pomagania innym ludziom, to w jakim stopniu jest to dla Pana/i problem?	W dużym stopniu		W niewielkim stopniu	W ogóle	

PRACA ZAROBKOWA LUB WOLONTARIAT						
8a	Moje szanse na otrzymanie i utrzymanie takiej zarobkowej lub ochotniczej pracy, jaką chciałbym/łabym wykonywać, są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
8b	Moje szanse na wykonywanie zarobkowej lub ochotniczej pracy w sposób, w jaki chciałbym/łabym są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
8c	Moje kontakty z innymi ludźmi w mojej pracy zarobkowej lub ochotniczej są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
8d	Moje szanse na osiągnięcie lub utrzymanie stanowiska, na jakim mi zależy w mojej pracy zarobkowej lub ochotniczej są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
8e	Moje szanse na uzyskanie innej pracy zarobkowej lub ochotniczej są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
8f	Moje szanse na naukę lub szkolenie takie, jakie chciałbym/łabym są:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe
8h	Jeśli Pana/i zdrowie lub niepełnosprawność wpływa na wykonywanie przez Pana/i płatnej lub ochotniczej pracy, w jakim stopniu jest to dla Pana/i problemem?	W dużym stopniu		W niewielkim stopniu	W ogóle	

EDUKACJA I SZKOLENIA Kolejne pytania dotyczą tego jak twój stan zdrowia lub niepełnosprawność wpływają na twoje szanse zdobycia wykształcenia takiego, jakie chcesz. Jeśli nie zamierzasz podejmować dalszego kształcenia ani uczestniczyć w jakichkolwiek szkoleniach, możesz zaznaczyć pole „nie dotyczy”.							
9a	Szanse na podjęcie przeze mnie kształcenia lub wzięcie udziału w szkoleniu, jakie chciałbym ukończyć oceniam jako	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe	Nie dotyczy
9b	Jeśli Pana/i zdrowie lub niepełnosprawność wpływa na możliwości kształcenia lub szkolenia, w jakim stopniu jest to dla Pana/i problemem?	W dużym stopniu		W niewielkim stopniu		W ogóle	

W tym kwestionariuszu odpowiedział/a Pan/i na pytania dotyczące wpływu zdrowia lub niepełnosprawności na życie osobiste i społeczne. Biorąc pod uwagę wszystkie zagadnienia, czy w ogólnej ocenie posiada Pan/i wystarczającą kontrolę nad własnym życiem?						
10	Moje szanse na to, abym żył/a tak jak chciałbym/łabym żyć oceniam jako:	Bardzo duże	Duże	Średnie	Małe	Bardzo małe

MINI-COPE - INWENTARZ DO POMIARU RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

C. S. Carver, adaptacja: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik

Ludzie różnie reagują, gdy natrafiają w swoim życiu na trudne czy stresujące zdarzenia. Ze stresem można sobie radzić w różny sposób. Kwestionariusz ma ustalić, jak zazwyczaj zachowujesz się, gdy doświadczasz tego zdarzeń. Jest zrozumiałe, że różne zdarzenia wywołują różne reakcje, lecz co Ty zazwyczaj robisz, gdy przeżywasz bardzo nieprzyjemne zdarzenie?

W każdym wierszu należy zaznaczyć jedną, najbardziej właściwą dla siebie odpowiedź, otaczając kółkiem odpowiednią cyfrę (0–1–2–3). Nie należy opuszczać żadnego stwierdzenia

Poszczególne cyfry oznaczają:

0 = prawie nigdy tak nie postępuję — 2 = często tak postępuję

1 = rzadko tak postępuję — 3 = prawie zawsze tak postępuję

Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj:					
1.	Zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć	0	1	2	3
2.	Moje wysiłki koncentrują się na tym, aby coś z tą sytuacją zrobić	0	1	2	3
3.	Mówię do siebie „to nieprawda”	0	1	2	3
4.	Piję alkohol lub zażywam inne środki, aby poczuć się lepiej	0	1	2	3
5.	Uzyskuję wsparcie emocjonalne od innych	0	1	2	3
6.	Rezygnuję z prób osiągnięcia celu	0	1	2	3
7.	Podejmuję działania, aby poprawić tę sytuację	0	1	2	3
8.	Nie chcę uwierzyć, że to naprawdę się zdarzyło	0	1	2	3
9.	Mówię o rzeczach, które pozwalają mi uciec od nieprzyjemnych uczuć	0	1	2	3
10.	Szukam rady i pomocy u innych odnośnie tego, co należy zrobić	0	1	2	3
11.	Piję alkohol lub zażywam inne środki, co pomaga mi przez to przejść	0	1	2	3
12.	Staram się zobaczyć to w innym, bardziej pozytywnym świetle	0	1	2	3
13.	Krytykuję samego siebie	0	1	2	3
14.	Staram się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić	0	1	2	3
15.	Otrzymuję otuchę i zrozumienie od innych	0	1	2	3
16.	Rezygnuję z poradzenia sobie z tym	0	1	2	3
17.	Szukam dobrych stron w tym, co się zdarzyło	0	1	2	3
18.	Żartuję na ten temat	0	1	2	3
19.	Robię coś, aby mniej o tym myśleć, np. idę do kina, oglądam TV, czytam, śnię na jawie, śpię lub robię zakupy	0	1	2	3
20.	Akceptuję fakt, że to się już stało	0	1	2	3
21.	Ujawniam swoje negatywne emocje	0	1	2	3
22.	Staram się znaleźć ukojenie w religii czy w swojej wierze	0	1	2	3

23.	Otrzymuję pomoc lub poradę od innych osób	0	1	2	3
24.	Uczę się z tym żyć	0	1	2	3
25.	Poważnie zastanawiam się nad tym, jakie kroki należy podjąć	0	1	2	3
26.	Obwiniam siebie za to, co się stało	0	1	2	3
27.	Modlę się lub medytuję	0	1	2	3
28.	Traktuję tę sytuację jak zabawę	0	1	2	3

SKALA ODCZUĆ WOBEC WŁASNEJ OSOBY I POCZUCIA KOMPETENCJI (SLCS-R)

W. Tafarodi, W. B. Swann

Polska adaptacja: M. Szpitalak, R. Polczyk

Zaznacz swoje odpowiedzi wpisując numer (1-5) w puste miejsce przy każdym stwierdzeniu.

1 2 3 4 5

Zdecydowanie się nie zgadzam Zdecydowanie się zgadzam

1.	Mam skłonności do niedoceniania siebie	
2.	Jestem bardzo efektywny/a w tym, co robię.	
3.	Czuję się ze sobą bardzo komfortowo.	
4.	Niemal zawsze jestem w stanie osiągnąć to, co chcę.	
5.	Jestem przekonany/a o swojej wartości.	
6.	Jest mi czasami nieprzyjemnie myśleć o sobie samym/samej.	
7.	Mam negatywne nastawienie do własnej osoby.	
8.	Czasami wydaje mi się trudne osiągnięcie rzeczy, które są dla mnie ważne.	
9.	Czuję się świetnie z tym, kim jestem.	
10.	Czasami kiepsko radzę sobie z wyzwaniami.	
11.	Nigdy nie wątpię w swoją wartość.	
12.	Bardzo dobrze sprawdzam się w swoich zadaniach.	
13.	Czasami nie udaje mi się osiągnąć swoich celów.	
14.	Jestem bardzo utalentowany/a.	
15.	Nie mam wystarczająco dużo szacunku do siebie samego/samej.	
16.	Chciał(a)bym być bardziej kompetentny/a w swoich działaniach.	

SKALA UOGÓLNIONEJ WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI (GSES)

R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń odnoszących się do różnych cech osobistych. Po przeczytaniu każdego stwierdzenia należy zdecydować, czy w stosunku do ciebie są one prawdziwe czy fałszywe.

Poszczególne punkty skali oznaczają:

1 - NIE 2 - raczej NIE 3 - raczej TAK 4 – TAK

1.	Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się postaram	1	2	3	4
2.	Nawet, gdy ktoś mi się sprzeciwia, jestem w stanie znaleźć sposób na osiągnięcie tego, czego chcę	1	2	3	4
3.	Z łatwością potrafię trzymać się swoich celów i je osiągać	1	2	3	4
4.	Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z nieoczekiwanymi wydarzeniami	1	2	3	4
5.	Dzięki swojej pomysłowości i zaradności wiem, jak poradzić sobie z nieprzewidzianymi sytuacjami	1	2	3	4
6.	Jestem w stanie rozwiązać większość problemów, jeśli tylko włożę w to odpowiednio dużo wysiłku	1	2	3	4
7.	Kiedy zmagam się z przeciwnościami, jestem w stanie zachować spokój, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie .	1	2	3	4
8.	Kiedy zmagam się z jakimś problemem, to zazwyczaj jestem w stanie znaleźć kilka sposobów jego rozwiązania	1	2	3	4
9.	Gdy mam kłopoty, to zazwyczaj jestem w stanie wymyślić sposób, jak z nich wyjść	1	2	3	4
10.	Zazwyczaj jestem w stanie poradzić sobie z tym, co mnie spotyka	1	2	3	4

KWESTIONARIUSZ NADZIEI PODSTAWOWEJ (BHI-12)

J. Trzebiński i M. Zięba

Przeczytaj uważnie każde z poniższych stwierdzeń. Oceń, jak dobrze każde z nich pasuje do Twoich przekonań i doświadczeń. Zaznacz swoją odpowiedź, zakreślając kółkiem odpowiednią liczbę.

1. Ludzie mają więcej dobrych niż złych wspomnień z dzieciństwa.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
2. Świat jest sprawiedliwy i każdy otrzyma prędzej czy później to, na co zasłużył.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
3. Nie ma w rzeczywistości obiektywnego dobra i zła.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
4. Większość ludzi jest zadowolonych ze swojego życia.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
5. Rzeczywistość, która nas otacza, jest niewytłumaczalna i nieprzewidywalna.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
6. Świat jest w gruncie rzeczy dobry, nawet jeśli jest nam źle.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
7. Warto pozwolić sobie na fantazjowanie i marzenia o tym, jak zrealizować swoje najważniejsze zamierzenia.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
8. Zawsze znajdą się jacyś ludzie, którzy pomogą nam w trudnych chwilach.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się

9. Spotykające nas ważne wydarzenia są przypadkowe i jesteśmy na łasce losu.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
10. Los jest mi nieprzychylny.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
11. Świat jest w gruncie rzeczy sensowny i o coś w nim chodzi, nawet jeśli czasem czujemy się zagubieni.				
1 zdecydowanie nie zgadzam się	2 raczej nie zgadzam się	3 ani się nie zgadzam, ani zgadzam	4 raczej zgadzam się	5 zdecydowanie zgadzam się
12. Przeczytaj dwa powiedzenia i zaznacz na skali, które z nich bliższe jest Twoim doświadczeniom i odczuciom. „1” lub „2” oznacza, że bardziej zgadzasz się z twierdzeniem po lewej stronie, „4” lub „5” - że bardziej zgadzasz się z twierdzeniem po prawej stronie. Jeśli zupełnie nie możesz zdecydować, zaznacz „3”. Staraj się jednak wybrać to powiedzenie, które uważasz za trafniejsze.				
1 „Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło”	2	3	4	5 „Nie ma tego złego, co by na gorsze nie wyszło”

SKALA WSPARCIA SPOŁECZNEGO (SWS)

K.Kmiecik-Baran

Przeczytaj każde stwierdzenie i zdecyduj czy grupy lub osoby wymienione niżej zachowywały się w stosunku do Ciebie w taki sposób, jak głosi dane zachowanie.

Skala ocen: 3 – TAK, 2 – RACZEJ TAK, 1 – RACZEJ NIE, 0 – NIE, NIE DOTYCZY

Grupy społeczne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.Rodzice																
2.Rodzeństwo																
3.Inni krewni																
4.Koledzy z uczelni																
5.Koledzy z osiedla																
6.Sąsiedzi																
7.Nauczyciele																
8.Obcy																

1. Cierpliwie tłumaczą gdy czegoś nie rozumiem.
2. Ostrzegają mnie gdy grozi mi niebezpieczeństwo.
3. Przy podejmowaniu ważnych decyzji ich rady okazały się cenne.
4. Zdarza się, że celowo wprowadzają mnie w błąd
5. Pożyczają mi pieniądze gdy jestem w potrzebie.
6. Poświęcają dla mnie dużo czasu.
7. Opiekują się mną gdy tego potrzebują.
8. Gdy proszę o konkretną pomoc, odmawiając nie ukrywają złości.
9. Uważają, że nic nie potrafię dobrze zrobić.
10. Na ogół powierzają mi zadania bardzo ważne.
11. W ich towarzystwie czuję się kimś.
12. Często służę im różnymi radami.
13. Rozumieją mnie.
14. Akceptują mnie takiego jakim jestem.
15. Czuję się przez nich lekceważony.
16. W ich towarzystwie czuję się bezpieczny.

WIELOWYMIAROWA SKALA AKCEPTACJI UTRATY SPRAWNOŚCI (WSAUS)

J. M. Ferrin, F. Chan, J. Chronister, C. Y. Chiu

Polska adaptacja: S. Byra

Instrukcja: Używając 4-stopniowej skali oceny, proszę wskazać w jakim stopniu zgadza się Pan/i lub nie z każdym z poniższych stwierdzeń.

1=Zdecydowanie się nie zgadzam,

2=Nie zgadzam się,

3=Zgadzam się,

4=Zdecydowanie się zgadzam

Lp.	**Twierdzenie**	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Moja niepełnosprawność jest tylko jednym aspektem tego, kim jestem.	1	2	3	4
2	Moje cechy wrodzone są wartościowe.	1	2	3	4
3	Gdy porównuję się z innymi ludźmi, dostrzegam, że nie jestem tak dobry/a jak oni.	1	2	3	4
4	Gdy widzę, ile ludzie potrafią zrobić w ciągu jednego dnia, uświadamiam sobie, że nie jestem dość dobry/a, ponieważ nie potrafię zrobić aż tak dużo.	1	2	3	4
5	Odkryłem/am inne sposoby na robienie rzeczy, które lubię.	1	2	3	4
6	Nadal jestem odpowiedzialnym członkiem mojej społeczności.	1	2	3	4
7	Im mniej myślę o swojej niepełnosprawności, tym łatwiej jest mi zrobić krok naprzód.	1	2	3	4
8	Z powodu niepełnosprawności uważam siebie za gorszą osobę.	1	2	3	4
9	Zmaganie się z codziennością zbyt mnie absorbuje abym myślał/ła o mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
10	Dużo rozmyślam nad tym, co straciłem/am z powodu mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
11	Ludzie, z którymi jestem w relacji, zdają sobie sprawę, że moja niepełnosprawność to tylko jeden z aspektów, charakteryzujących mnie jako osobę.	1	2	3	4
12	Nie mogę już wnieść żadnego wkładu do życia społecznego.	1	2	3	4
13	Dopiero teraz dostrzegam pozytywne strony mojego życia.	1	2	3	4
14	Jeżeli codzienne czynności sprawiają mi jakąś trudność, znajduję lepsze sposoby na ich wykonanie.	1	2	3	4
15	Z uwagi na moją niepełnosprawność, wszystko, co robię jest poniżej przeciętnej.	1	2	3	4
16	Nie mogę przestać myśleć o mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4

17	Nie martwi mnie porównywanie się z innymi; po prostu koncentruję się na tym, co mam do zaoferowania.	1	2	3	4
18	Niepełnosprawność wpływa na każdy aspekt mojego życia.	1	2	3	4
19	Różnię się od innych, ale nie jestem od nich ani lepszy/a ani gorszy/a.	1	2	3	4
20	Moja niepełnosprawność jest jak uszkodzone narzędzie, które przy pomocy innych środków, pozwala mi iść dalej.	1	2	3	4
21	Trudno mi znaleźć inne sposoby na osiągnięcie moich celów życiowych.	1	2	3	4
22	Liczy się nie to, co utraciłem/łam, lecz to, co mi pozostało.	1	2	3	4
23	Zdaję sobie sprawę z moich ograniczeń, ale mogę dużo osiągnąć, wykonując swoje codzienne zadania.	1	2	3	4
24	Jestem zdeterminowany/a, by wykonywać moją część obowiązków domowych, zamiast koncentrować się na tym, czego nie mogę robić.	1	2	3	4
25	Nie ma nic ważniejszego niż normalny wygląd.	1	2	3	4
26	Docenianie innych rzeczy w życiu przychodzi mi z trudnością.	1	2	3	4
27	Nie dorównuję innym ludziom.	1	2	3	4
28	Potrafię zaakceptować nowe sposoby myślenia o sobie.	1	2	3	4
29	Pomimo mojej niepełnosprawności, zacząłem/zaczęłam doceniać inne rzeczy w moim życiu.	1	2	3	4
30	Jeśli jestem cierpliwy wobec siebie nadal mogę robić dużo rzeczy.	1	2	3	4
31	Nic w życiu się nie liczy, straciłem/łam wszystko, co było dla mnie ważne.	1	2	3	4
32	Gdy jestem wśród innych ludzi, staram się nie pokazywać, że wkładam wiele wysiłku w wykonywane czynności.	1	2	3	4
33	Czuję się nieatrakcyjny/a z powodu mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
34	Jestem wartościową osobą, mimo mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
35	Często rozmyślam o mojej niepełnosprawności.	1	2	3	4
36	Odczuwam satysfakcję gdy robię wszystko najlepiej jak potrafię i moje wysiłki zostają nagrodzone.	1	2	3	4
37	Nabywanie mądrości jest dla mnie ważniejsze niż martwienie się zmianą wyglądu czy utratą zdolności.	1	2	3	4
38	Dostrzegam jedynie własne ograniczenia.	1	2	3	4
39	Jestem przekonany/a, że osoba z niepełnosprawnością jest gorsza niż pełnosprawna.	1	2	3	4
40	Porównując się do osoby, jaką byłem/am wcześniej, postrzegam obecnie siebie jako kogoś bezwartościowego.	1	2	3	4
41	Z powodu mojej niepełnosprawności mniej koncentruję się na zmianach w moim wyglądzie, a bardziej na pozytywnych aspektach mojej osobowości.	1	2	3	4
42	Bardzo się złoszczę, kiedy uświadamiam sobie, że nie mogę czegoś zrobić.	1	2	3	4

KWESTIONARIUSZ ANKIETY WŁASNEJ KONSTRUKCJI

Poniższe dane posłużą wyłącznie do celów naukowych. Badania mają charakter anonimowy.

1.Wiek……………………………………..

2.Płeć: K/M

3.Miejsce zamieszkania: a) miasto b) wieś

4.Rok studiów………………………………………………….

5.Poziom studiów ……………………………………………..

6.Kierunek studiów……………………………………………

7.Miasto studiowania………………………………………….

8.Rodzaj niepełnosprawności: a) wrodzona; b) nabyta;

Jeśli nabyta proszę podać wiek nabycia niepełnosprawności………

9.Czas trwania niepełnosprawności: ……………………………….

10.Przyczyna niepełnosprawności:

a) Uraz rdzenia kręgowego
b) Amputacja kończyny
c) Uszkodzenia stawów
d) Stwardnienie rozsiane
e) Inne (jakie?)…………………………………………………

11.Dodatkowe schorzenie: TAK NIE

Jeśli tak, to proszę podać jakie?...

12.Czy posiada Pani (Pan) orzeczony stopień niepełnosprawności? TAK NIE

Jeśli tak, to który: a) lekki b) umiarkowany c) znaczny

13.Sposób poruszania się:

a) Przy użyciu wózka
b) przy użyciu kul
c) przy pomocy innych
d) samodzielny

14.Proszę podać najczęściej napotykane sytuacje trudne związane ze studiowaniem

…………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………

15.Proszę ocenić swój poziom satysfakcji ze studiów:

brak satysfakcji 1 2 3 4 5 pełna satysfakcja

16.Proszę ocenić własną samodzielność w realizacji procesu studiowania:

brak samodzielnośći (pełna zależność od innych) 1 2 3 4 5 pełna samodzielność